



Bruna Bárbara dos Santos

**Prática autoreportada da
fisioterapia em utentes com
osteoartrose**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia

ORIENTADOR: Professor Doutor Eduardo Cruz

Junho de 2019

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizado sob orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz e co-orientação da Professora Lúcia Domingues.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Bruna Polibony Santos

Setúbal, 28 de junho... de 2019.....

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O(A) orientador(a),

Eduardo Cruz

Setúbal, de de

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Eduardo Cruz por toda a sua disponibilidade, sabedoria e conhecimento partilhado ao longo deste período, bem como à Professora Lúcia Domingues, coorientadora, que também se mostrou sempre disponível para ajudar no desenvolvimento deste projeto, e sem os seus contributos era impossível a sua realização.

Agradecer especialmente a todos os fisioterapeutas participantes, que contribuíram para este estudo, pela partilha de informação, disponibilidade e tempo despendido.

Agradecer também ao meu namorado, Hugo Ribeiro, por toda a paciência e apoio dado, fundamental ao longo desta etapa, assim como aos meus pais e irmão, por todo o carinho, e por terem acreditado sempre em mim, ajudando a ultrapassar todos os obstáculos e a atingir o sucesso.

Um agradecimento aos meus colegas de mestrado, sempre disponíveis para partilhar conhecimento e ajudar, em particular à colega Susana Sá, que esteve mais próxima no desenvolvimento desta dissertação, permitindo que o trabalho se tornasse mais fácil.

Às colegas de trabalho, deixo um agradecimento pelo apoio constante e compreensão, em especial à colega Inês Pereira, pelo seu contributo.

RESUMO

PRÁTICA AUTOREPORTADA DA FISIOTERAPIA EM UTENTES COM OSTEOARTROSE

Bruna Santos

PALAVRAS-CHAVE: osteoartrose, fisioterapia, prática clínica, Portugal

Introdução: A osteoartrose é uma condição clínica caracterizada pela presença de dor articular, limitação funcional e diminuição da qualidade de vida. Cerca de 80% da população com esta condição apresenta limitação de movimento e 25% não consegue realizar a maioria das suas atividades de vida diária. Em Portugal a prevalência é de 12.4%, 8.7% e 2.9% nas articulações do joelho, mão e anca, respetivamente. A fisioterapia é uma importante área nos cuidados primários, contudo a investigação realizada noutros países demonstra lacunas entre o padrão de prática e as normas de orientação clínica. Em Portugal ainda não são conhecidos os padrões de prática da fisioterapia. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivos caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose, em Portugal, e identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação da prática informada pela evidência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal com 69 fisioterapeutas que trabalham em Portugal, convidados via *email*. A recolha de dados foi realizada através de um questionário *online*, entre 15 de Maio e 15 de Outubro de 2018. **Resultados:** A maioria dos participantes refere avaliar *red flags* (71%). As modalidades de intervenção mais utilizadas são o exercício (98,6%), educação/aconselhamento (97,1%) e terapia manual (94,2%), sendo que 79,7% refere educar/aconselhar os utentes quanto aos aspetos gerais da condição, 88,4% recomenda a prática de atividade física e a realização de movimento dentro do limiar da dor e 49,3% recomenda a perda de peso. A eletroterapia é utilizada por 44,9% dos participantes. Não foi identificada nenhuma barreira pela maioria dos participantes e “Sinto responsabilidade profissional em contribuir para o desenvolvimento da profissão” foi o elemento facilitador identificado com maior proporção de concordância. **Conclusões:** Apesar das limitações, é perceptível uma discrepância entre a prática clínica dos fisioterapeutas e as normas de orientação clínica em utentes com osteoartrose.

ABSTRACT

THE PATTERN OF PHYSIOTHERAPY PRACTICE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

Bruna Santos

KEYWORDS: osteoarthritis, physiotherapy, clinical practice, Portugal

Background: Osteoarthritis is a clinical condition characterized by the presence of joint pain, functional limitation and decreased quality of life. About 80% of the population with this condition has movement limitation, and 25% cannot perform most of their daily living activities. In Portugal, the prevalence is 12.4%, 8.7% and 2.9% in the knee, hand and hip joints, respectively. Physiotherapy has an important role in primary care. However, the research carried out in other countries shows gaps between practice and evidence. In Portugal the standards of physiotherapy practice are not known yet. **Objective:** This study aims to characterize the (self-reported) practice of physiotherapists in patients with osteoarthritis, in Portugal, as well as to identify barriers and facilitating elements for the implementation of evidence-based care. **Methodology:** This is a cross-sectional study, with 69 physiotherapists working in Portugal and invited by email. The data collection was done through an online questionnaire, between May 15 and October 15, 2018. **Results:** The majority of respondents reported evaluating red flags (71%). The most used modalities are exercise (98,6%), education/advice (97,1%) and manual therapy (94,2%), where 79,9% reported to educate/advice patients about the general aspects of the condition, 88,4% recommend physical activity and movement within the threshold of pain and 49,3% recommend weight loss. Electrotherapy is used by 44,9% of the respondents. No barriers were identified and “I feel professional responsibility in contributing to the developing of the profession” was most facilitator identified. **Conclusions:** Despite the limitations, appears to be a discrepancy between the physiotherapists’ clinical practice and the guidelines in patients with osteoarthritis.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Metodologia | 11 |
| 2.1 Desenho/Tipo de Estudo | 11 |
| 2.2 Participantes..... | 11 |
| 2.3 Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose | 12 |
| 2.4 Recolha de Dados | 15 |
| 2.5 Análise dos Dados | 15 |
| 3. Apresentação dos Resultados | 18 |
| 3.1 Caracterização dos participantes..... | 18 |
| 3.2 Caracterização genérica da prática clínica em utentes com osteoartrose | 19 |
| 3.3 Caracterização específica do padrão de prática clínica em utentes com osteoartrose.. | 23 |
| 3.3.1 Avaliação de <i>Red Flags</i> /Patologia Específica..... | 23 |
| 3.3.2 Modalidades de intervenção em utentes com osteoartrose..... | 25 |
| 3.3.2.1 Educação do utente | 25 |
| 3.3.2.2 Exercício..... | 27 |
| 3.3.2.3 Terapia Manual | 27 |
| 3.3.2.4 Eletroterapia..... | 28 |
| 3.4 Identificação de barreiras e elementos facilitadores para a prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atual..... | 29 |
| 4. Discussão dos Resultados..... | 32 |
| 5. Conclusão | 42 |
| 6. Referências Bibliográficas | 43 |
| Lista de Figuras | 48 |
| Lista de Tabelas | 49 |

Apêndice A - Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose

Apêndice B - Carta Convite enviada ao Comité de Peritos

Apêndice C - Grelha de Avaliação do Comité de Peritos

Apêndice D - Relatório do Comité de Peritos

Apêndice E - Relatório do Estudo Piloto

Apêndice F – Caracterização da prática clínica relativamente à avaliação de *Red Flags*/Patologia Específica

Apêndice G – Caracterização da prática clínica relativamente à Educação do utente

Apêndice H - Caracterização da prática clínica relativamente aos Formatos de Educação

Apêndice I – Tabelas de resultados do Teste Qui-Quadrado

Apêndice J - Associações estatisticamente significativas das modalidades de intervenção

Apêndice L - Associações estatisticamente significativas das estratégias de educação

Anexo 1 - Parecer Final da Comissão Especializada de Ética em Investigação

1. Introdução

A osteoartrose é uma condição clínica caracterizada pela presença de dor articular, limitação funcional e, consequentemente, diminuição da qualidade de vida (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014; Holden, et al., 2018; Okwera & May, 2018). Cerca de 80% da população com esta condição apresenta limitação de movimento, sendo que 25% não consegue, de facto, realizar a maioria das suas atividades de vida diária (NICE, 2014). Em termos patofisiológicos, é uma condição que se define por perda de cartilagem localizada, remodelação do osso adjacente e inflamação associada (NICE, 2014). Frequentemente, a relação entre as alterações radiológicas e a sintomatologia reportada não é proporcional, uma vez que pequenas alterações podem estar associadas a dor intensa e alterações estruturais severas podem ser acompanhadas de sintomatologia ligeira (NICE, 2014; Thorstensson, Garellick, Rystedt & Dahlberg, 2014). Apesar de existir uma relação com o envelhecimento, não se trata de uma condição clínica causada pelo mesmo e não se define como uma doença ou condição singular, mas sim com uma condição complexa com múltiplos fatores de risco, que se dividem amplamente em: fatores genéticos, fatores constitucionais e fatores biomecânicos (NICE, 2014).

Esta condição clínica pode afetar múltiplas articulações, sendo mais frequente o envolvimento do joelho, seguido da mão e da anca, representando em Portugal uma prevalência de 12.4%, 8.7% e 2.9%, respetivamente (Especial Medico News, 2015; NICE, 2014).

A incidência e a prevalência exata desta condição clínica são difíceis de determinar, uma vez que a representatividade real deste problema pode ser subvalorizada, considerando que a sintomatologia nem sempre corresponde às alterações estruturais da osteoartrose (NICE, 2014). A nível mundial, estima-se que 10% dos homens e 18% das mulheres com idade superior a 60 anos apresentam osteoartrose sintomática, sendo identificada como a segunda causa mais frequente de incapacidade funcional, a seguir às doenças cardiovasculares (French, 2007; NICE, 2014; Holden, et al., 2018). O aumento do número de pessoas com osteoartrose tem sido relacionado com o envelhecimento da população, associado ao aumento da esperança média de vida, assim como ao aumento da prevalência de fatores de risco como a obesidade e os baixos níveis de condição física (NICE, 2014; Okwera & May, 2018; Holden, et al., 2018). Assim, em 2030, prevê-se que a osteoartrose

seja a principal causa de incapacidade na população geral (Jagger, et al., 2006; Holden, et al., 2018).

Esta condição clínica representa um problema músculo-esquelético de grande espectro, sendo reconhecido internacionalmente como tendo um impacto considerável nos serviços de saúde, sendo uma causa importante e crescente das despesas globais e, por isso, tornando-se um problema prioritário de saúde pública internacional (French, 2007; Meneses, Rannou, & Hunter, 2016). A título de exemplo, no Reino Unido, cerca de dois milhões de pessoas procuram os profissionais de saúde devido à osteoartrose, representando 15% e 25% de todas as consultas na área da músculo-esquelética, em utentes com 45 ou mais anos e em utentes com idade igual ou superior a 75 anos, respetivamente (NICE, 2014).

Quando os utentes não respondem ao tratamento não cirúrgico e apresentam sintomas, como dor, rigidez e funcionalidade reduzida, com impacto substancial na sua qualidade de vida devem ser encaminhados para o tratamento cirúrgico (NICE, 2014). Em consequência desta decisão, no ano de 2000 e no Reino Unido, foram realizadas 44000 cirurgias para substituição total da articulação da anca e 35000 para substituição total da articulação do joelho, atingindo um custo de 405 milhões de libras, número que aumentou para 852 milhões em 2010, indicando assim um aumento de 66% nas despesas (Holden, et al., 2018; Chen, Gupte, Akhtar, Smith & Cobb, 2012). Noutro estudo realizado em Espanha, o custo médio anual por utente foi estimado em 1502 euros, em que 86% dos custos totais representam despesas diretas em saúde (Chen et al, 2012).

O prognóstico da osteoartrose é diferente consoante as articulações que são afetadas. Por exemplo, a osteoartrose da mão tem um prognóstico favorável, sendo que a maioria dos casos em que são afetadas as articulações interfalângicas, a osteoartrose torna-se assintomática após alguns anos. Contudo, quando existe o envolvimento da base do 5º dedo, o prognóstico é pior, existindo dor contínua em algumas atividades, o que leva a incapacidade duradoura (NICE, 2014). No que respeita à articulação do joelho, os resultados são muito variáveis. Em termos das alterações estruturais observáveis, as melhorias são raras a partir do momento em que a condição esteja estabelecida. No entanto, mesmo com a presença de alterações biomecânicas, é comum verificar-se um prognóstico favorável em relação à melhoria da dor e da incapacidade (NICE, 2014). A osteoartrose da anca é a que apresenta o pior prognóstico e, apesar de não se conhecer corretamente a história natural da doença sintomática, sabe-se que um número significativo de utentes evolui para a

necessidade de substituição da anca entre 1 a 5 anos, devido a elevados níveis de incapacidade funcional e de intensidade da dor (NICE, 2014). No geral, o prognóstico da osteoartrose depende das comorbilidades associadas (obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, problemas psicossociais), bem como dos sintomas presentes. Por exemplo, no caso da osteoartrose da anca, estudos mostram que idades inferiores ou iguais a 58 anos, intensidade da dor maior ou igual a 6/10, 40m no *self-paced walk test* com tempo inferior ou igual a 25.9 segundos e duração dos sintomas iguais ou inferiores a um ano estão associados a uma resposta favorável à intervenção da fisioterapia. (Wright, Cook, Flynn, Baxter, & Abbott, 2011; NICE, 2014).

Dada a elevada e crescente prevalência da osteoartrose, e não existindo uma terapêutica curativa, pois trata-se de uma condição crônica e progressiva, é necessária uma intervenção focada no controlo da dor e melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida (Bruyère, et al., 2015; Meneses, Rannou, & Hunter, 2016). A evidência tem sido integrada em múltiplas normas de orientação clínica que destacam a importância de tratamentos não cirúrgicos e não farmacológicos para utentes com osteoartrose (French, 2007; Holden, et al., 2018; Bruyère, et al., 2015; Andersson, Bergman, Henriksson & Bremander, 2016). A fisioterapia é uma área importante nos cuidados primários desta condição clínica e faz parte de uma continuidade de cuidados para utentes com osteoartrose, existindo forte evidência de que as modalidades de tratamento têm resultados positivos (Andersson, et al. 2016; NICE, 2014; McAlindon, et al., 2014; Brosseau, et al., 2015, 2017a, 2017b, 2017b, 2018; Rillo, et al., 2016; Cibulka, et al., 2017). Deste modo, é importante assegurar um padrão de prática efetivo e competente, de forma a reduzir a dor, a incapacidade funcional, limitar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida (Bruyère, et al., 2015). O padrão de prática descreve a amplitude de cuidados de prática clínica. No que respeita à prática clínica da fisioterapia, o padrão de prática desenvolve-se num processo sequencial de exame e avaliação (subjéctiva e objectiva), de planeamento e implementação do plano de intervenção e de avaliação de resultados através de determinados instrumentos de medida. (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2018).

As normas de orientação clínica e recomendações para a abordagem e tratamento desta condição clínica têm como objetivo guiar os profissionais de saúde a seleccionar os melhores cuidados, tendo em conta os benefícios e malefícios das terapias (French, 2007; Meneses, Rannou, & Hunter, 2016). As normas de orientação clínica do *The National*

Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) apresentam as diretrizes importantes a considerar na avaliação e intervenção em utentes com osteoartrose, incluindo várias opções de tratamento (farmacológico e não farmacológico). Estas recomendam a utilização de uma abordagem centrada no utente para a avaliação e tratamento da osteoartrose, permitindo uma intervenção personalizada e o incentivo de comportamentos de autogestão, reduzindo a utilização de terapêuticas farmacológicas.

No que se refere à avaliação do utente com osteoartrose, as recomendações estão direcionadas para o despiste de *red flags*, de forma a confirmar ou refutar um diagnóstico adicional ou alternativo, tais como artropatia microcristalina, artrite inflamatória, infeção ou doença cancerígena (NICE, 2014).

Quanto à intervenção, as modalidades recomendadas como tratamento de primeira linha são a educação do utente e o exercício (NICE, 2014; Holden, et al., 2018). A estratégia de educação deve envolver informação verbal e escrita, abrangendo: informações gerais que providenciem uma visão geral da condição e informação específica que promova comportamentos positivos para melhorar a autogestão da condição, nomeadamente manter a atividade física e evitar o repouso, bem como promover a perda de peso, nos casos de obesidade e excesso de peso (NICE, 2014; Holden, et al., 2018; Nelson, Allen, Golightly, Goode & Jordan, 2014). O exercício deve incluir o fortalecimento muscular local e o treino aeróbio geral de baixo impacto (fora ou dentro de água). Podem também ser considerados os exercícios de mobilidade/flexibilidade (NICE, 2014; Holden, et al., 2018; Nelson, et al., 2014). As modalidades de terapia manual, agentes térmicos e eletroterapia devem ser utilizadas apenas como tratamentos coadjuvantes (NICE, 2014; Holden, et al., 2018; Nelson, et al., 2014). No caso da terapia manual pode ser realizado, em específico, a manipulação e alongamentos e no caso da eletroterapia, o *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS) (NICE, 2014; Holden, et al., 2018; Nelson, et al., 2014). Por fim, é igualmente recomendado o uso de dispositivos auxiliares, tais como auxiliares de marcha ou ortóteses, com vista à melhoria das atividades do dia-a-dia em utentes com necessidades específicas (Nelson, et al., 2014).

Caso a abordagem de primeira linha não seja efetiva, é recomendada a terapêutica farmacológica com paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) tópicos, os quais devem ser sempre considerados antes dos AINE's orais ou opióides, considerando os riscos e benefícios associados (NICE, 2014; Nelson, et al., 2014).

Apesar da consistência das recomendações descritas e anteriormente referidas, diversos estudos realizados acerca do padrão de prática da fisioterapia mostram que existe uma lacuna entre as normas de orientação clínica e a prática corrente (Andersson, et al. 2016; French, 2007; Meneses, Rannou, & Hunter, 2016).

Um estudo realizado na Suíça, com o objetivo de avaliar a prática autoreportada da fisioterapia no tratamento de utentes com osteoartrose e artrite reumatóide, e a adesão às normas de orientação clínica nacionais referentes a estas condições clínicas (n=64), conclui que as recomendações eram praticadas pela maioria dos fisioterapeutas. Contudo, algumas das intervenções utilizadas não estavam referidas nas normas, por exemplo, 27% dos fisioterapeutas responderam que aplicavam massagem e 100% utilizava estratégias de educação para a utilização de calçado adequado. Adicionalmente, um número elevado de participantes realizava modalidades coadjuvantes simultaneamente com modalidades de primeira linha, como é o caso dos agentes termais (77%) e TENS (97%) (Andersson, et al. 2016).

Na República da Irlanda, um estudo analisou a prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose da anca, no setor público e privado (n=210) (French, 2007). Tal como no estudo anterior, os fisioterapeutas aplicavam as recomendações das normas de orientação clínica, como é o caso da educação, utilizada por 99% dos fisioterapeutas, bem como técnicas que não se encontram recomendadas nessas normas, tais como a eletroterapia (correntes interferenciais, TENS, ultra-som, laser), utilizada por 62% dos participantes (French, 2007).

O estudo de Holden et al. (2018), realizado no Reino Unido, teve como objetivo descrever a prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose da anca para determinar se estavam de acordo com as normas de orientação clínica do *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2014). Para além disso, também investigaram as diferenças entre os níveis de experiência dos fisioterapeutas (n=1646). Relativamente às modalidades de tratamento, a educação foi utilizada pela maior parte dos fisioterapeutas como parte integrante do tratamento, principalmente quanto à manutenção da atividade física (95%) e da perda de peso (70.4%). Também o exercício foi aplicado pela maioria (97.7%), assim como a terapia manual (mobilização/manipulação da anca) e o treino de marcha, 69.6% e 66.4%, respetivamente. No que diz respeito à modalidade do exercício, a maior parte dos fisioterapeutas referiu utilizar o fortalecimento muscular (95.9%) e a

promoção da atividade física geral (85.4%), como parte integrante do programa de exercício. Quanto ao método para transmitir a informação relativa aos exercícios recomendados para o domicílio, 90% dos fisioterapeutas referiram fornecer informação escrita e 83.6% informação verbal. Uma percentagem de 61.4% realizou supervisão durante a realização do exercício. As diferenças entre os grupos de fisioterapeutas são visíveis, sendo que os fisioterapeutas mais experientes referiram que aplicam mais técnicas de eletroterapia (OR=1.04, 95% IC: 1.02 – 1.06) e mobilização/manipulação da coluna lombar (OR=1.03, 95% IC: 1.01 – 1.04), relativamente aos fisioterapeutas com menos anos de experiência clínica. Em geral, o tratamento dos utentes com osteoartrose da anca reportado pelos fisioterapeutas foi semelhante em todos os grupos de participantes, fornecendo um conjunto de cuidados de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica, que incluíam educação, exercício (fortalecimento e atividade física geral) e outras formas de tratamento não farmacológico, predominantemente terapia manual e treino de marcha (Holden, et al., 2018).

No estudo de Forbes, Mandrusiak, Smith e Russel (2017), que analisou as diferenças na utilização da componente educacional entre fisioterapeutas experientes e não experientes na Austrália, verificou-se que a modalidade de tratamento de educação é maioritariamente utilizada por fisioterapeutas experientes ($p<0.005$) (Forbes, et al., 2017). Assim, de acordo com os dados deste estudo, parece que apenas os fisioterapeutas experientes informavam de forma consistente sobre a condição clínica, o prognóstico da mesma e aconselhavam os utentes a manter as suas atividades diárias, capacitando-os para a autogestão (Forbes, et al., 2017).

Em Portugal, até à data, apenas se tem conhecimento de um estudo (Basílio, Cruz & Fernandes, 2013) sobre a caracterização da prática dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose.

O estudo de Basílio, Cruz & Fernandes (2013), teve como objetivo caracterizar a prática da fisioterapia em utentes com osteoartrose do joelho, especificamente as principais modalidades utilizadas, a duração do episódio de cuidados e o número de sessões. Neste estudo foi observada uma amostra de indivíduos ($n=77$), de centros de saúde, clínicas convencionadas e um hospital, na região do Algarve e Alentejo, a receber tratamento de fisioterapia, ao longo de oito semanas. Segundo este estudo, o número de sessões realizadas variava entre 15 e 45 sessões. Quanto às modalidades de tratamento, os dados foram

recolhidos quinzenalmente, sendo que estas variavam entre 1 e 7, com uma média de utilização de 4 modalidades por sessão. Eram utilizados os exercícios terapêuticos, educação e eletroterapia, em 100%, 97.4% e 93.5% respetivamente, sendo que a utilização de dispositivos auxiliares foi reportada por apenas 9.1% dos participantes. Estas percentagens são referentes à primeira quinzena de tratamento, as quais se iam modificando com o decorrer do tempo. A modalidade de exercícios terapêuticos foi sempre a mais utilizada ao longo das três quinzenas seguintes (98.7%, 98.7% e 100%), seguida pela eletroterapia (93.5%). Na segunda quinzena, a terapia manual foi a que se seguiu às anteriores referidas (93.5%), porém nas últimas duas quinzenas foram os agentes físicos, a terceira modalidade mais utilizada (76.6% e 77.9%). Este estudo sugere um elevado grau de diversidade nas intervenções realizadas, no que diz respeito às modalidades terapêuticas. Para além disso, verifica-se que nem sempre as intervenções estão de acordo com as normas de orientação clínica, pois apesar da utilização de exercícios terapêuticos se encontrar suportada pela evidência científica, a utilização da eletroterapia, no geral, não é recomendada pelas recomendações atuais (Basílio, Cruz & Fernandes, 2013; McAlindon, et al., 2014).

Para além da avaliação e das modalidades de intervenção, é fundamental a medição de resultados, permitindo aferir conclusões em relação à efetividade do tratamento (French, 2007). O estudo realizado por French (2007) teve também como objetivo identificar as medidas de resultado e os respetivos instrumentos de medida utilizados em utentes com osteoartrose. Os autores identificaram que existe uma elevada heterogeneidade nos instrumentos de medida utilizados nesta população, no entanto destacam que a medida de resultado mais frequentemente avaliada é a dor, através da escala visual analógica ou da escala numérica (78%). Por outro lado, outras avaliações como o *timed walk test*, a função (sentar e levantar, subir escadas, equilíbrio), a qualidade de vida (*Short Form-36*) e questionários específicos da condição clínica (*Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index*, *WOMAC*) são reportadas por um número menor de participantes, 20%, 10%, 8% e 5% respetivamente (French, 2007).

Consequentemente, é possível afirmar que a prática clínica dos fisioterapeutas na osteoartrose nem sempre segue as recomendações de orientação clínica e mostra-se muito heterogénea, não só pela grande variedade de instrumentos de avaliação e técnicas de tratamento utilizadas, mas também pelas diferenças que se verificam entre fisioterapeutas experientes e não experientes (French, 2007; Holden, et al., 2018; Andersson et al, 2016;

Forbes, et al 2017). Uma das razões para esta heterogeneidade parece estar relacionada com a dificuldade na integração da evidência científica atual na prática corrente dos fisioterapeutas, pois a sua inclusão é recente e envolve a alteração de comportamentos e atitudes por parte dos fisioterapeutas (Ramírez-Vélez, Bagur-Calafat, Correa-Bautista & Girabent-Farrés, 2015).

A prática informada pela evidência é definida como a integração da experiência clínica, dos valores dos utentes e da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão (Iles & Davidson, 2006; Ramírez-Vélez, Bagur-Calafat, Correa-Bautista, & Girabent-Farrés, 2015). Esta tem adquirido um papel cada vez mais importante na medicina moderna, pois o uso apropriado da evidência, no que diz respeito às várias estratégias de tratamento, resulta na seleção de técnicas que se mostraram efetivas promovendo os melhores resultados ao utente (Heneghan & Fiona, 2013). Um aspeto importante para realizar uma prática informada pela evidência é perceber se os profissionais de saúde não só compreendem o seu processo, mas também se possuem as capacidades específicas para a atingir (Iles & Davidson, 2006). Aquilo que se verifica é o crescimento exponencial do número de estudos, sem a sua integração na prática, independentemente da sua qualidade metodológica (Heneghan & Fiona, 2013; Ramírez-Vélez, et al. 2015).

Para implementar a prática informada pela evidência em fisioterapia, é necessário identificar os padrões de prática e conhecer as barreiras e os elementos facilitadores da mesma. Segundo Ramírez-Velez (2015), a carga excessiva de trabalho, falta de competências e conhecimentos, problemas profissionais relacionados com os utentes e falta de confiança quanto à efetividade das intervenções são algumas das barreiras encontradas. Relativamente aos elementos facilitadores foram identificados a partilha de conhecimento e a experiência adquirida (Ramírez-Vélez, et al. 2015).

Segundo Scurlock-Evansa, P. Upton & D. Upton (2014), que realizaram uma revisão sistemática em que um dos objetivos foi sintetizar os resultados sobre barreiras e facilitadores da implementação da prática informada pela evidência, a falta de tempo e a carga de trabalho foram as barreiras mais citadas. Quanto aos elementos facilitadores, este estudo refere que o nível de preparação académica apresenta uma relação positiva com o conhecimento da prática informada pela evidência e também conduz a atitudes positivas na utilização de intervenções baseadas nesta. A manutenção de qualificações académicas

superiores pode refletir um desejo de aprendizagem ao longo da vida, sendo identificado como um preditor na adoção da prática informada pela evidência.

Silva, L. D. Costa, Garcia e L. O. Costa (2015) desenvolveram uma revisão sistemática acerca do conhecimento, comportamento, opiniões e barreiras dos fisioterapeutas face à prática informada pela evidência. Dos 12 estudos que compõem esta revisão, 10 reportam barreiras à implementação da prática informada pela evidência. As barreiras reportadas com mais frequência foram a falta de tempo (entre 31.2% a 93.8%), a incapacidade de compreender os dados estatísticos (entre 30.4% a 54.3%), a falta de suporte pelo local de trabalho (entre 6.7% a 56%) e dos colegas de trabalho (entre 3.7% a 42%), a falta de recursos (entre 15.6% a 53%), a falta de interesse (entre 3.3% a 36%) e a falta de generalização de resultados (entre 20% a 33.7%).

O estudo desenvolvido por Meneses, Rannou & Hunter (2016), com o objetivo de realizar uma análise crítica às normas de orientação clínica da osteoartrose, bem como identificar barreiras à sua implementação e possíveis soluções, identificou as seguintes barreiras: pouca evidência de RCT's específicos para a osteoartrose da anca, pouca evidência de técnicas para utentes com comorbilidades e informações contraditórias sobre algumas intervenções que levam a recomendações contraditórias entre as normas de orientação clínica. Também o pouco tempo disponível com os utentes, a resistência dos utentes às alterações do estilo de vida, a falta de capacidades de alguns fisioterapeutas e as crenças dos utentes são barreiras específicas identificadas pelo estudo. Por fim, foram identificadas como barreiras à implementação da prática informada pela evidência: o modelo de atendimento inadequado para implementar as normas de orientação clínica e ainda a pobre descrição das recomendações, formato ilógico para a apresentação destas e ausência dos seus aspetos económicos.

Em Portugal, do nosso conhecimento, apenas um estudo (Basílio, Cruz & Fernandes, 2013), referido anteriormente, descreve os padrões de prática em utentes com osteoartrose do joelho, concretamente as modalidades utilizadas, a duração do episódio de cuidados e o número de sessões, identificando, em parte, a adesão dos fisioterapeutas à prática informada pela evidência. No entanto não é conhecido nenhum estudo que identifique o padrão de prática clínica no que diz respeito aos parâmetros de avaliação e resultados medidos, bem como as diferenças entre fisioterapeutas experientes e não experientes na intervenção em utentes com osteoartrose. Também a identificação de barreiras e elementos facilitadores à

implementação das normas de orientação clínica não foi encontrada em estudos em Portugal. Estes dados tornam-se relevantes e permitem assegurar os melhores cuidados de saúde prestados aos utentes, assim como promover uma equidade nos cuidados de fisioterapia, através da definição de estratégias de forma a atingir mudanças nas práticas tradicionais e credibilizando a profissão (Pensri, et al., 2005; Holden, et al., 2018; Meneses, Rannou, & Hunter, 2016).

Deste modo, este estudo teve como principal objetivo caracterizar a prática autoreportada dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose em Portugal. Especificamente, pretendeu-se saber quais os parâmetros avaliados, intervenções realizadas e resultados medidos. Pretendeu-se também avaliar as diferenças entre fisioterapeutas experientes/ não experientes, entre fisioterapeutas com e sem formação pós-graduada, e entre fisioterapeutas com prática autónoma versus prática condicionada à prescrição médica no que diz respeito ao plano de intervenção, assim como a sua adesão às normas de orientação clínica. Por fim, pretendeu-se igualmente identificar as barreiras e os elementos facilitadores para a implementação da prática informada pela evidência.

2. Metodologia

2.1 Desenho/Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo transversal sobre a prática clínica autoreportada dos fisioterapeutas, que intervêm em utentes com osteoartrose, em Portugal (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010). A população-alvo do presente estudo constou em fisioterapeutas que intervêm em utentes com osteoartrose e que exercem a sua prática clínica em Portugal. A recolha de dados decorreu num período de 5 meses, entre 15 de Maio de 2018 e 15 de Outubro de 2018, através de um questionário *online* desenvolvido para o efeito.

2.2 Participantes

Eram elegíveis todos os fisioterapeutas que cumprissem os seguintes critérios: 1) fisioterapeutas que trabalham em Portugal, no setor público e/ou privado, 2) fisioterapeutas que acompanham utentes com osteoartrose, 3) fisioterapeutas que trabalham nos departamentos de ambulatório, no caso de trabalharem a nível hospitalar. Por sua vez, foram excluídos os fisioterapeutas que não acompanhavam utentes com osteoartrose, que exerciam a sua prática clínica no estrangeiro e que apenas trabalhavam em contexto de internamento a nível hospitalar.

No que respeita ao recrutamento, numa primeira fase, foram contactados os alunos das anteriores edições do Mestrado em Fisioterapia nas Condições Músculo-Esqueléticas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Seguidamente, a partir deste contacto, o recrutamento foi efetuado pelo método de propagação geométrica (“bola de neve”), tendo sido solicitado a cada participante que identificasse e fornecesse o contacto de *email* de dois outros fisioterapeutas que acompanhavam utentes com osteoartrose (Maroco, 2007). O contacto e convite de participação no estudo foi efetuado pela investigadora principal, via *email*.

O projeto, intitulado “Prática autoreportada da fisioterapia em utentes com osteoartrose”, obteve aprovação por parte da Comissão Especializada de Ética em Investigação da Escola Superior de Saúde (CEEI-ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal, que certificou todos os aspetos éticos inerentes ao estudo (parecer nº19/AMM/2017 – Ver Anexo 1).

Anteriormente à participação no estudo, foi solicitado aos participantes o consentimento informado, incluído numa secção prévia ao questionário propriamente dito. No formulário do consentimento informado foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, assim como os riscos e as potenciais vantagens para os participantes. Para além disso, também foram explicados os procedimentos para garantir o anonimato, confidencialidade e proteção de dados. Todos os participantes foram informados que a sua participação era completamente voluntária, podendo colocar qualquer questão aos investigadores e abandonar o questionário em qualquer momento sem implicações ou constrangimentos (ver Apêndice A).

2.3 Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi um questionário, disponibilizado em formato *online*, através da plataforma *LymeSurvey* (ver Apêndice A).

O questionário foi construído com base numa extensa revisão de literatura e discussão com fisioterapeutas experientes, decorrendo em três etapas, de acordo com o definido por Oppenheim (1992): 1 – elaboração das questões; 2 – validação facial e de conteúdo por um comité de peritos; 3 – estudo piloto.

Tendo em conta estudos semelhantes e os temas neles abordados (Andersson, et al., 2016; Forbes, et al., 2017; French, 2007; Holden, et al., 2018; Meneses, Rannou, & Hunter, 2016; Ramírez-Vélez, et al., 2015; Scurlock-Evansa, Upton, & Upton, 2014; NICE, 2014) foram identificadas quatro secções, nomeadamente, a caracterização dos participantes, a caracterização genérica, a caracterização específica do padrão de prática e a identificação das barreiras e elementos facilitadores para a implementação da prática informada pela evidência.

Os tópicos a questionar em cada secção foram identificados avaliando sempre se a potencial informação fornecida correspondia aos objetivos delineados para este estudo. Verificou-se também se existia necessidade de adicionar tópicos a cada domínio estabelecido, tendo como base a pesquisa elaborada, bem com o nível de conhecimento necessário para responder a esses tópicos.

Tendo assim em consideração os objetivos do estudo, os domínios identificados na revisão da literatura e os tópicos a serem questionados, foi criado um questionário com uma matriz organizadora da informação em quatro secções.

A secção 1 corresponde à caracterização dos participantes, incluindo os seguintes itens: idade, género, qualificação académica, escola de formação base, formações pós-graduadas na área de condições músculo-esqueléticas, número de anos de experiência profissional, número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose, locais, setores e contexto de prática clínica.

A secção 2 tem como objetivo caracterizar genericamente o padrão de prática, nomeadamente: número diário de utentes com osteoartrose, forma como os utentes são referenciados para a fisioterapia, como é definido o planeamento de intervenção e os parâmetros incluídos (caso o planeamento seja condicionado por prescrição médica), número médio de sessões incluídas no plano de intervenção, parâmetros de avaliação utilizados na avaliação subjetiva e objetiva inicial, objetivos considerados na intervenção, tipologia do padrão de prática, estratégias de intervenção utilizadas, medição de resultados e instrumentos utilizados para a medição dos mesmos.

De seguida a secção 3 pretende caracterizar o padrão de prática de forma específica, concretamente: parâmetros específicos que são avaliados, estratégias de educação utilizadas na prática clínica e também os formatos de educação, tipos de exercício, técnicas de terapia manual e técnicas de eletroterapia incluídas na prática clínica com utentes com osteoartrose.

Por último, a secção 4 pretende identificar barreiras e elementos facilitadores para a prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais, onde é solicitado aos participantes que expressem a sua concordância em relação a barreiras e elementos facilitadores, considerados com base na revisão de literatura, bem como para descreverem outras que considerem pertinentes.

Para concluir a construção do questionário foi definido o tipo de questões, com base na classificação de Oppenheim (1992), entre questões abertas e fechadas, dicotómicas ou de escolha múltipla. Ao longo do questionário optou-se na maior parte das vezes por questões fechadas, sendo que na primeira secção estas foram essencialmente dicotómicas e de escolha múltipla e nas restantes secções optou-se por escalas de Likert de 5 pontos, dado que as questões eram relativas à frequência com que os participantes executam estratégias

de avaliação e de intervenção e relativas ao grau de concordância/discordância no que diz respeito às barreiras e facilitadores à implementação da prática informada pela evidência.

A validação facial e de conteúdo foi realizada com recurso a um comité de 5 peritos, os quais tinham mais de 10 anos de experiência em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas, e particularmente, em utentes com osteoartrose. Foi utilizada uma grelha de avaliação pré-definida para avaliar os aspetos relevantes para cada uma destas validações.

Foi enviado um *email* a cada um dos peritos identificados com a carta convite (ver Apêndice B), que explicava em que consistia, o interesse e o objetivo do questionário desenvolvido, bem como a necessidade de realizar a validação facial e de conteúdo anteriormente à disponibilização do mesmo em formato *online*. No *email* foi então solicitada a colaboração na validação facial e de conteúdo dada a experiência e expertise na área das condições músculo-esqueléticas, e da osteoartrose, em particular. Em anexo foi enviado o documento correspondente ao Dossier de Comité de Peritos, que incluía a carta convite à sua participação, o questionário e a respetiva grelha de avaliação (ver Apêndice C). Foi solicitado a cada um dos peritos, em primeiro lugar o preenchimento do questionário propriamente dito e seguidamente o preenchimento da grelha de avaliação, por sua vez composta por duas secções. A secção 1 relativa à caracterização dos fisioterapeutas *experts* e a segunda secção dedicada à opinião sobre o questionário relativamente à clareza, compreensão e representatividade do mesmo, assim como em relação à ambiguidade ou inadequação de itens ou palavras. Por fim, questionava-se acerca do tempo despendido no preenchimento do questionário.

Após receber as respostas de todos os peritos foi desenvolvido um relatório onde foram estudadas todas as opiniões/sugestões e explicitada a decisão final dos investigadores, com a respetiva justificação (Ver Apêndice D).

Posteriormente à validação facial e de conteúdo e previamente à recolha de dados propriamente dita, foi realizado um estudo piloto, com o objetivo de testar a plataforma *online LymeSurvey*, e avaliar a construção do questionário *online* para perceber se estava pronto a ser disponibilizado para o estudo final. Esta avaliação foi concretizada através do preenchimento de uma secção presente no final do questionário. Esta secção foi composta por 5 questões, com a opção de “sim” e “não” e respetivo comentário, relativas ao funcionamento da plataforma e ao preenchimento do questionário em formato *online*. As

respostas permitiram aferir o que era preciso modificar/corrigir de forma a obter um melhor questionário final.

Foi enviado um convite para participar no estudo piloto, via *email*, a 15 participantes, com a explicação do mesmo. No total foram obtidas 11 respostas e foi construído um relatório com base na análise das respostas da secção de avaliação do questionário, incluindo as alterações que foram realizadas (ver Apêndice E). Este estudo decorreu por um período de duas semanas, de 2 a 16 de março de 2018.

2.4 Recolha de Dados

Para cada participante foi criado um código associado ao respetivo endereço de *email*, o que permitia um acesso controlado ao questionário.

Inicialmente foi enviado um *email* a cada participante com o convite para a participação no estudo, com a explicação resumida do mesmo, bem como com um *link* de acesso ao questionário e o respetivo código associado ao endereço de *email*. Foi também explicado que o código atribuído ao participante tinha uma validade de 6 semanas, sendo solicitado o preenchimento do mesmo nesse período. No fim desse convite, foi solicitado a cada participante a indicação do *email* de dois fisioterapeutas que pudessem participar no estudo, tal como foi explicado anteriormente. Quando os participantes não concluíam o questionário, eram enviados lembretes, via *email*, de duas em duas semanas, após a data de envio do convite, de forma a maximizar a taxa de resposta.

Os endereços de IP dos participantes não foram registados, nem armazenados, pelo que as respostas permaneceram anónimas.

2.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, com recurso a estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva foi utilizada inicialmente para analisar a informação relativamente à caracterização dos participantes (variáveis sociodemográficas, formação, experiência profissional e setores de trabalho), à caracterização genérica do padrão de prática, (número diário de utentes e respetiva referenciação, planeamento da intervenção, número médio de sessões, avaliação subjetiva e objetiva inicial, objetivos de intervenção, padrão de prática clínica, modalidades de intervenção, domínios de resultado e respetivos

instrumentos de medida), à caracterização específica do padrão de prática, (parâmetros específicos avaliados na condição clínica de osteoartrose, estratégias e formatos de educação, tipos de exercício, técnicas de terapia manual e eletroterapia) e às barreiras e elementos facilitadores à implementação da prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais.

Relativamente às variáveis nominais/ categóricas utilizaram-se medidas de frequência relativa e absoluta e no que diz respeito às variáveis contínuas aplicaram-se medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão, intervalos máximos e mínimos).

Nas questões relativas à caracterização do padrão de prática (genérica e específica), em que se utilizou a escala de *Likert* de 5 pontos, os dados foram agregados em variáveis nominais qualitativas e dicotomizados. A dicotomização foi realizada agrupando as respostas “nunca”, “raramente” e “ocasionalmente” e as respostas “frequentemente” e “sempre”. A opção de agrupar os dados deste modo relacionou-se com o facto de se pretender estudar a caracterização da prática consistente que apenas se verifica através das respostas “frequentemente” e “sempre”. Nas questões de identificação das barreiras e facilitadores, em que também se utilizou a escala de *Likert* de 5 pontos, a dicotomização foi realizada tendo em conta as respostas que expressam concordância, discordância e indiferença. Deste modo, agregaram-se as respostas “concordo totalmente” e “concordo”, as respostas “discordo” e “discordo totalmente” e a resposta “não concordo, nem discordo” ficou em separado.

Considerando que os dados foram agregados em variáveis nominais qualitativas e dicotomizadas, foi aplicado o teste do qui-quadrado para testar a associação (ou independência) entre as variáveis do padrão de prática (modalidades de intervenção, estratégias de educação e avaliação de *red flags*/patologia específica) e a formação pós-graduada, os anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose e o condicionamento no planeamento da intervenção (Maroco, 2007).

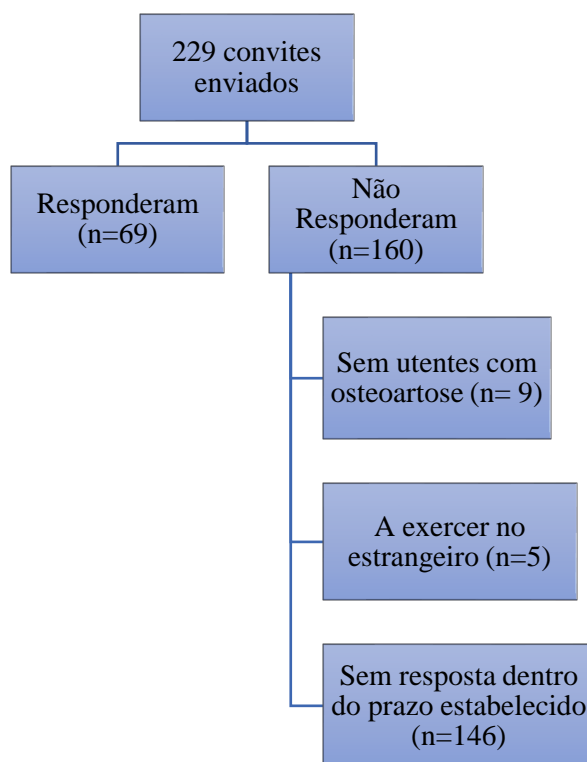
Quando não se verificavam as condições de aplicabilidade do teste qui-quadrado (frequências esperadas inferiores a 5), era utilizado, em alternativa, o teste exato de Fisher (Maroco, 2007).

Considerando a dicotomização dos dados, foi utilizado o coeficiente de correlação bivariado Phi (ϕ) para medir a força de associação, quando esta se mostrava estatisticamente significativa. O nível de significância estatística dos testes estatísticos foi definido como $p \leq 0,05$ (Maroco, 2007).

3. Apresentação dos Resultados

De um total de 229 convites enviados, 160 fisioterapeutas não responderam. Dos participantes que não responderam, 9 não trabalhavam atualmente com utentes com osteoartrose, 5 estavam a exercer a sua prática clínica fora de Portugal e 146 participantes não responderam dentro do prazo estabelecido (seis semanas após o envio do *email* de convite). Deste modo, foi obtida uma taxa de resposta de 30.1%, ou seja, um total de 69 participantes (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma do estudo.



3.1 Caracterização dos participantes

A amostra apresenta uma média de idades de 30.14 anos ($\pm 7,13$ anos), sendo que 66.7% são do género feminino. Maioritariamente, os participantes realizaram formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas, correspondendo a uma percentagem de 56.5%. Quando o foco é o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose, 60.9% dos participantes apresenta menos de 5 anos de experiência.

Os resultados da caracterização dos fisioterapeutas participantes, em relação às variáveis sociodemográficas, formação e experiência profissional, são apresentados na tabela 1 de forma mais pormenorizada.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes.

| Variável | Categorias da Variável | Fr ^a |
|--|------------------------|--------------------------|
| Género | Feminino | 66.7% (n=46) |
| | Masculino | 33.3% (n=23) |
| Idade (média e desvio padrão) | - | 30.14 anos (\pm 7,13) |
| Idade (mínimo e máximo) | - | 20 anos 58 anos |
| Qualificações Académicas | Licenciatura | 81.2% (n=56) |
| | Mestrado/Doutoramento | 18.8% (n=13) |
| Formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas | Sim | 56.5% (n=39) |
| | Não | 43.5% (n=30) |
| Nº de anos de experiência profissional | \leq 5 anos | 55.1% (n=38) |
| | > 5 anos | 44.9 % (n=31) |
| Nº de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose | \leq 5 anos | 60.9% (n=42) |
| | > 5 anos | 39.1% (n=27) |
| Setores de prática clínica (pergunta com mais do que uma opção de resposta) | Público | 23.2% (n=16) |
| | Privado | 76.8%(n=53) |
| | Convencionado | 13.0%(n=9) |
| | Misto | 8.7%(n=6) |
| Setor de prática clínica predominante (n=32) | Público | 21.9% (n=7) |
| | Privado | 53.1% (n=17) |
| | Convencionado | 15.6% (n=5) |
| | Misto | 9.4% (n=3) |

3.2 Caracterização genérica da prática clínica em utentes com osteoartrose

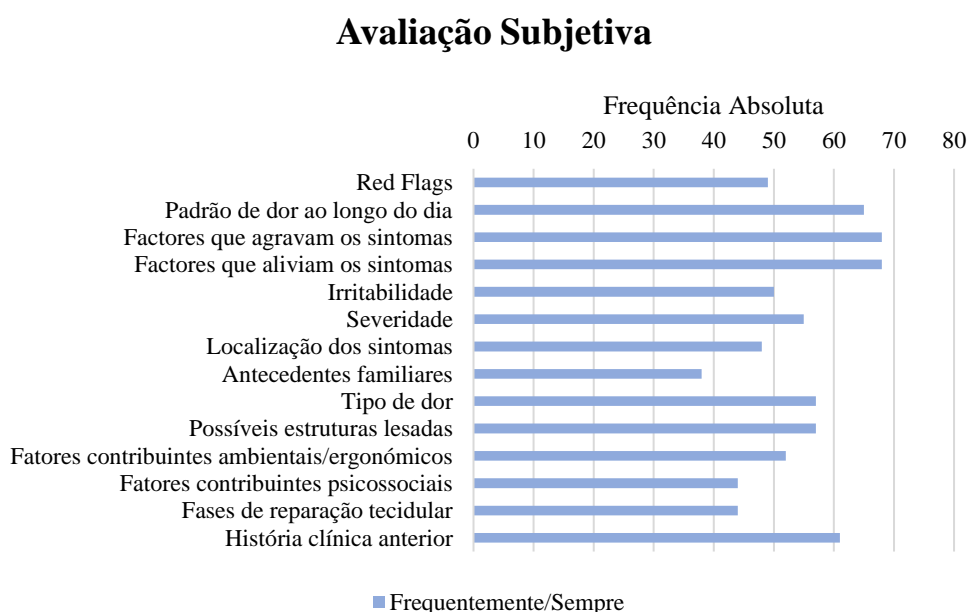
Na tabela 2 são apresentadas as características genéricas da prática clínica dos participantes em utentes com osteoartrose.

Tabela 2 - Caracterização genérica do padrão de prática dos participantes.

| Variável | Categorias da Variável | Fr ^a |
|--|--------------------------------|-----------------|
| Nº diário de utentes com osteoartrose | 0-2 | 46.4% (n=32) |
| | 3-5 | 34.8% (n=24) |
| | 6-8 | 10.1% (n=7) |
| | > 8 | 8.7% (n=6) |
| Referenciação dos utentes (pergunta com mais do que uma opção de resposta) | Médico | 88.4% (n=61) |
| | Fisioterapeuta | 23.2% (n=16) |
| | Autorreferenciação | 47.8% (n=33) |
| | Outro | 7.2% (n=5) |
| Frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica | Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 65.2% (n=45) |
| | Frequentemente/Sempre | 34.8% (n=24) |
| Nº médio de sessões incluídas no plano de intervenção | ≤ 12 sessões | 34.8% (n=24) |
| | > 12 sessões | 65.2% (n=45) |
| Padrão de prática clínica | Unimodal | 1.4% (n=1) |
| | Multimodal | 98.6% (n=68) |

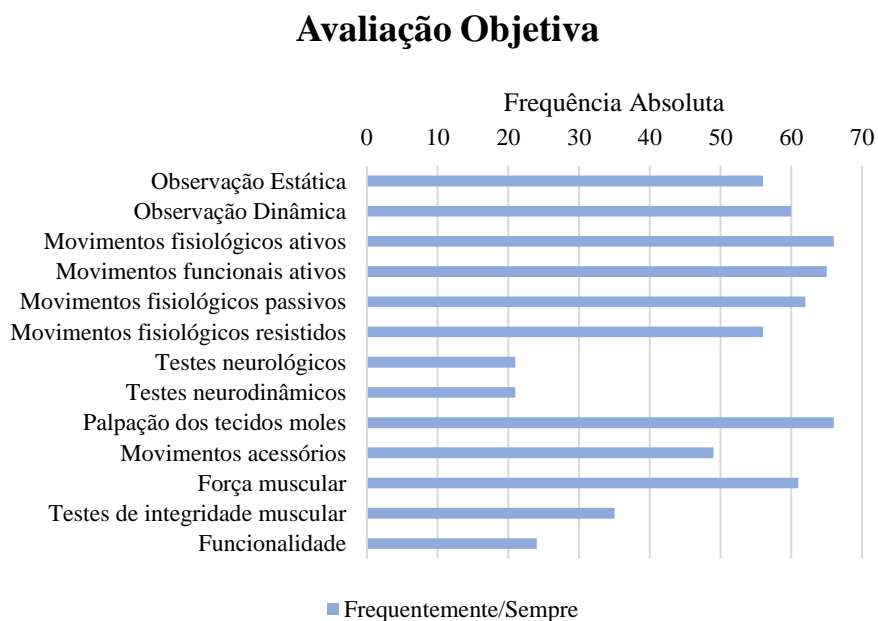
Relativamente à avaliação subjetiva inicial, todos os parâmetros são avaliados “frequentemente/sempre” pela maior parte dos participantes, com os antecedentes familiares a serem avaliados por 55.1% (n=38) e os fatores que agravam e aliviam avaliados por 98.6% (n=68). A figura 2 apresenta a frequência absoluta de participantes que avaliam “frequentemente/sempre” cada um dos parâmetros de avaliação subjetiva.

Figura 2 - Parâmetros da avaliação subjetiva inicial avaliados pelos participantes.



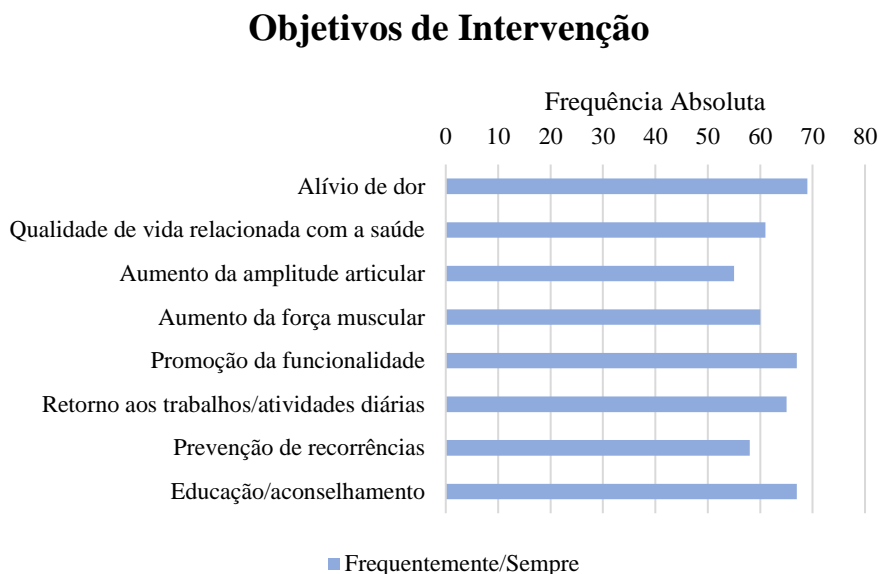
Quanto à avaliação objetiva inicial, apenas três parâmetros não são avaliados “frequentemente/sempre” por mais de 50% dos participantes, nomeadamente: os testes neurológicos e neurodinâmicos, ambos avaliados por 30.4% (n=21) e a funcionalidade 34.8% (n=24). O número de participantes que avalia de forma consistente (“frequentemente/sempre”) os parâmetros da avaliação objetiva são apresentados na figura 3.

Figura 3 - Parâmetros da avaliação objetiva inicial avaliados pelos participantes.



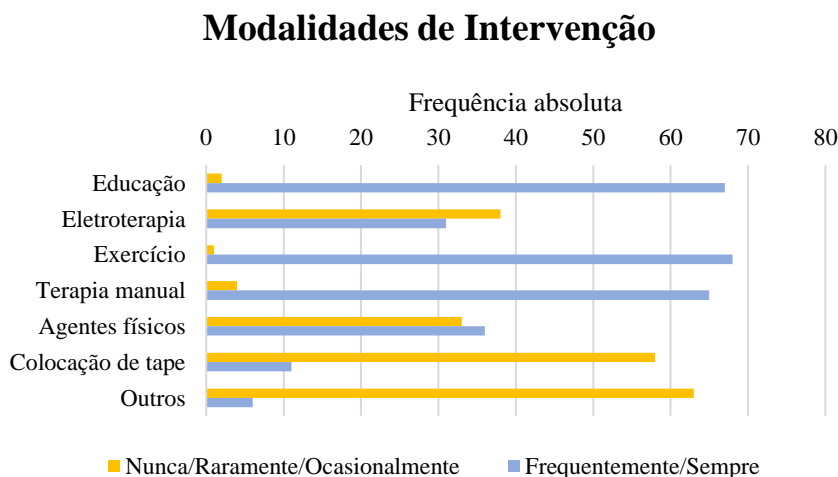
Relativamente aos objetivos de intervenção, todos são considerados de forma consistente por mais de 85% dos participantes, exceto o aumento da amplitude articular (79.7%; n=55) e a prevenção de recorrências (84.1%; n=58) (Figura 4).

Figura 4 - Objetivos de intervenção considerados pelos participantes.



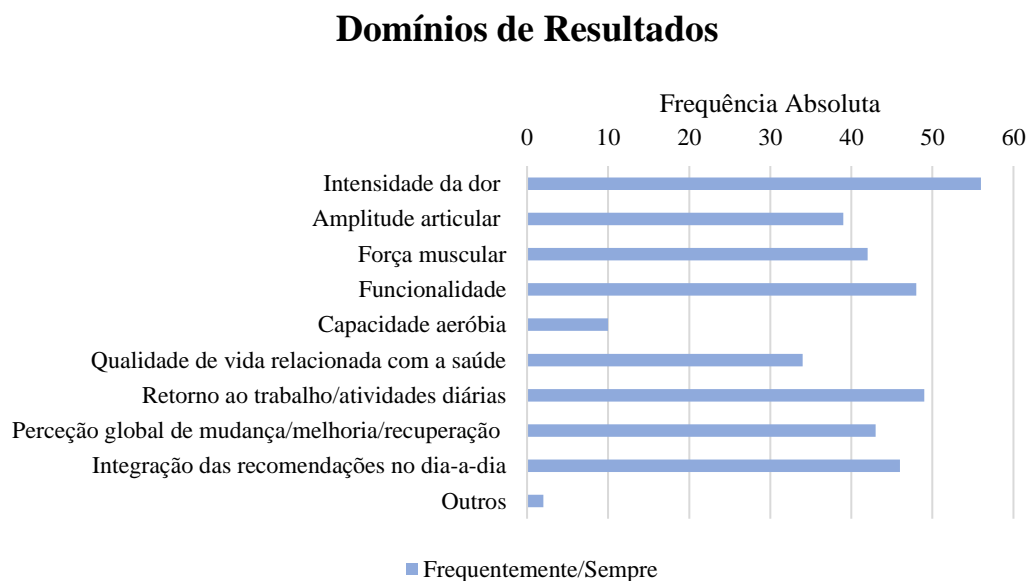
O exercício, a educação e terapia manual são as modalidades de intervenção (Figura 5) mais utilizadas pela maioria dos participantes na prática clínica em utentes com osteoartrose, 98.6% (n=68), 97.1% (n=67) e 94.2% (n=65), respetivamente. A eletroterapia e os agentes físicos são utilizadas por cerca de metade dos participantes, 44.9% (n=31) e 52.2% (n=36), respetivamente.

Figura 5 - Modalidades de intervenção utilizadas pelos participantes.



Quanto à medição de resultados, 81.2% dos participantes (n=56) afirmam medir os resultados da intervenção comparativamente à avaliação inicial, sendo a intensidade da dor (81.2%; n=56), o retorno ao trabalho/atividades diárias e a funcionalidade (69.6%; n=48) os domínios de resultados mais avaliados pelos participantes (Figura 6).

Figura 6 - Domínios de resultados avaliados pelos participantes.



3.3 Caracterização específica do padrão de prática clínica em utentes com osteoartrose

3.3.1 Avaliação de *Red Flags*/Patologia Específica

No que diz respeito à avaliação de *red flags* em utentes com osteoartrose, os participantes incluem no seu exame subjetivo “frequentemente/sempre” questões sobre a história clínica que abordam os seguintes aspetos: presença de dor em repouso ou durante a noite (85.5%; n=59), dor súbita inexplicável (60.9%; n=42), trauma recente (84.1%; n=58), aumento dos níveis de atividade física vigorosa (69.6%; n=48) e sintomas de infeção (59.4%; n=41).

Para além dos aspetos referidos, a presença de parestesias e dormência e de doença cardiovascular diagnóstica são os aspetos mais questionados pelos participantes do estudo, 76.8% (n=53) e 66.7% (n=46), respetivamente (Apêndice F).

Os resultados do teste qui-quadrado indicam que existe uma associação estatisticamente significativa, fraca e negativa, entre a realização de formação pós-graduada e as questões colocadas pelos participantes (Tabela 3), e uma associação estatisticamente significativa, fraca e positiva, entre o número de anos de prática clínica com utentes com osteoartrose e a utilização de questões para despistar sinais e sintomas sugestivos de patologia cancerígena (Tabela 4).

Tabela 3 - Associações estatisticamente significativas entre a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e as *Red Flags*/Patologias específicas.

| Parâmetros estudados | Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas | | Testes Estatísticos | | |
|---|--|-----|---------------------|--------------|---------|
| | Sim | Não | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| História de dor em repouso ou durante a noite | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 2 | 8 | 0.016 ^a | 6.348 | -0.303 |
| Frequentemente/sempre | 37 | 22 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |
| História de dor súbita inexplicável | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 16 | 0.034 | 4.495 | -0.255 |
| Frequentemente/sempre | 28 | 14 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |
| História de aumento dos níveis de atividade física vigorosa | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 8 | 13 | 0.041 | 4.171 | -0.246 |
| Frequentemente/sempre | 31 | 17 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |
| História de utilização de corticosteroides por longos períodos de tempo | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 23 | 0,005 | 12.760 | -0.430 |
| Frequentemente/sempre | 26 | 7 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |
| História de derrame marcado e persistente | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 22 | 0.023 | 5.141 | -0.273 |
| Frequentemente/sempre | 21 | 8 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |
| História de início gradual antes dos 40 anos | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 22 | 0.023 | 5.141 | -0.273 |
| Frequentemente/sempre | 21 | 8 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |
| História anterior de sintomatologia sistêmica | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 24 | 0.039 | 4.246 | - 0.248 |
| Frequentemente/sempre | 17 | 6 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |
| Avaliação de outras articulações | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 9 | 19 | 0.001 | 11.396 | -0.406 |
| Frequentemente/sempre | 30 | 11 | | | |
| Total | 30 | 30 | | | |

Tabela 3 – Continuação.

| Parâmetros estudados | Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas | | Testes Estatísticos | | |
|-------------------------------------|--|-----|---------------------|--------------|--------|
| | Sim | Não | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| História de parestesias e dormência | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 5 | 11 | 0.020 | 5.413 | -0.280 |
| Frequentemente/sempre | 34 | 19 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 4 - Associações estatisticamente significativas entre o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose e as *Red Flags*/Patologia específica.

| Parâmetros estudados | Número de anos de prática clínica com utentes com osteoartrose | | Testes Estatísticos | | |
|-----------------------------------|--|----------|---------------------|--------------|-------|
| | ≤ 5 anos | > 5 anos | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| Sintomas de patologia cancerígena | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 13 | 0.030 | 4.684 | 0.261 |
| Frequentemente/sempre | 11 | 14 | | | |
| Total | 42 | 27 | | | |

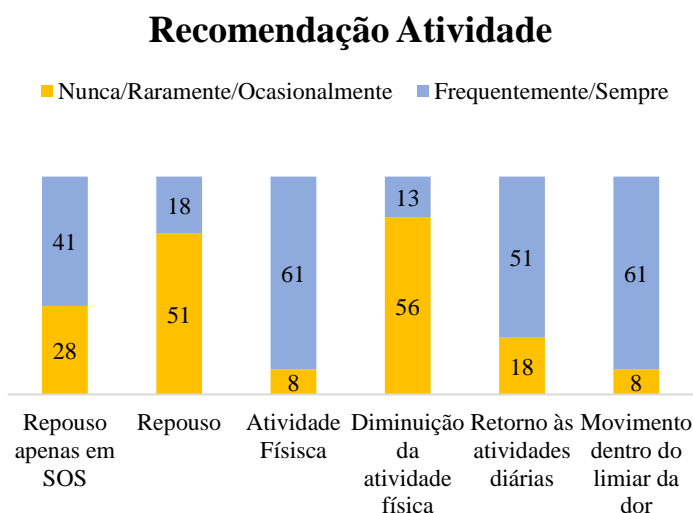
3.3.2 Modalidades de intervenção em utentes com osteoartrose

3.3.2.1 Educação do utente

Para estudar o conteúdo da educação/aconselhamento fornecido aos utentes, este foi agregado de acordo com a temática do mesmo. Assim, os participantes fornecem consistentemente (“frequentemente/sempre”) explicações sobre os aspetos gerais da condição (79.7%; n=55), sobre a origem da dor, (origem específica da dor- 78.3%; n=54; origem da dor baseada em fatores constitucionais- 68.1%; n=47; origem da dor baseada em alterações biomecânicas- 65.2%; n=45) e a relação da dor com as alterações radiológicas (50.7%; n=35). Em relação ao prognóstico da condição a indicação de que a maioria das pessoas apresenta uma melhoria dos sintomas e da função é referida pela maioria dos participantes de forma frequente (73.9%; n=51), assim como a explicação que a dor é benigna (58%; n=40). A informação detalhada do conteúdo da educação/aconselhamento encontra-se no Apêndice G.

No que diz respeito às recomendações relacionadas com a atividade (Figura 7), a recomendação para realizar movimento dentro do limiar de dor e para a prática de atividade física são feitas com regularidade por 88.4% (n=61). Segue-se o aconselhamento para o retorno às atividades diárias, feito por 74% (n=51) dos participantes e a recomendação para repousar apenas em caso de SOS, sugerida por 59.4% (n=41).

Figura 7 - Recomendações acerca da atividade dadas pelos participantes.



Por fim, apenas 49.3% (n=34) recomendam de forma consistente a perda de peso. Relativamente aos formatos utilizados para a educação/aconselhamento verifica-se que os participantes utilizam predominantemente a discussão individual (94.2%; n=65) e a demonstração prática (75.4%; n=52), sendo todas as outras estratégias utilizados por um número muito restrito de fisioterapeutas (Apêndice H).

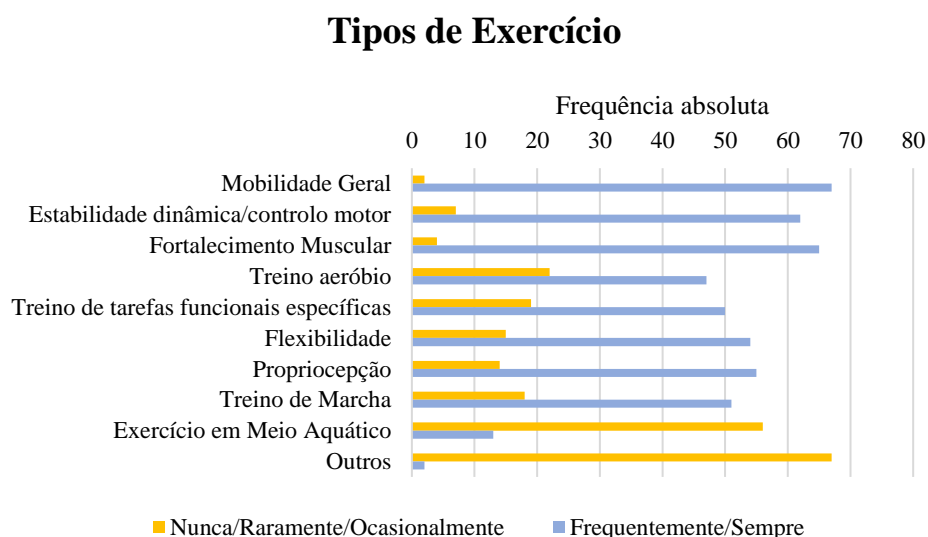
Os resultados do teste qui-quadrado indicam que existe uma associação estatisticamente significativa, fraca e negativa, entre a realização de formação pós-graduada e a explicação acerca da dor e a relação com as alterações radiológicas ($\chi^2(1) = 4.197$, $p=0.041$, $\phi = -0.247$, $p = 0.041$), uma associação estatisticamente significativa, fraca e negativa, entre o número de anos de prática clínica com utentes com osteoartrose e a explicação acerca dos aspetos gerais da condição ($\chi^2(1) = 4.666$, $p=0.031$, $\phi = -0.260$, $p = 0.031$) e ainda associações estatisticamente significativas, fracas e positivas entre o condicionamento da intervenção por prescrição médica e a explicação da origem específica

da dor ($\chi^2(1) = 3.887, p = 0.049, \phi = 0.237, p = 0.049$) e a explicação da dor baseada em fatores constitucionais ($\chi^2(1) = 3.924, p = 0.048, \phi = 0.238, p = 0.048$) (Apêndice J).

3.3.2.2 Exercício

Em relação ao tipo de exercício utilizado na prática clínica, os exercícios de mobilidade geral (97.1%; n=67), fortalecimento muscular (94.2%; n=65) e estabilidade dinâmica/controlo motor (89.9%; n=62) são os mais utilizados pela maioria dos participantes. Os restantes tipos de exercícios estão discriminados na Figura 8 e também são utilizados de forma consistente pela maioria dos participantes, à exceção do exercício em meio aquático (18.8%; n=13).

Figura 8 - Tipos de exercício utilizados pelos participantes.

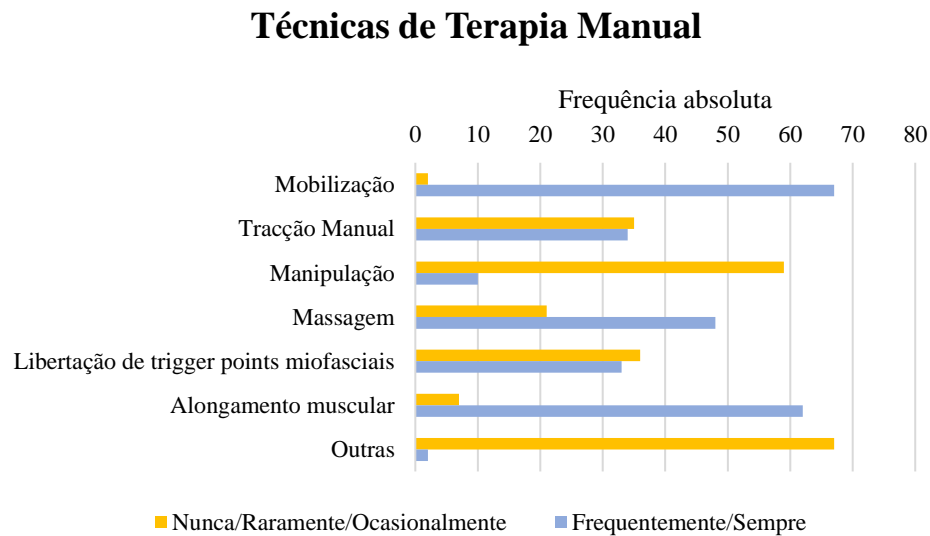


Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o tipo de exercício utilizado e a realização de formação pós-graduada, número de anos de prática clínica com utentes com osteoartrose, ou condicionamento da intervenção por prescrição médica.

3.3.2.3 Terapia Manual

Relativamente às técnicas de terapia manual (ver Figura 9), a mobilização e o alongamento muscular são as duas técnicas utilizadas com maior frequência pela maioria dos participantes (98.4%; n=67 e 91.2%; n=62, respetivamente). De seguida, ainda com mais de metade dos participantes a responder uma elevada frequência na realização da técnica, encontra-se a massagem (69.6%; n=48).

Figura 9 - Técnicas de terapia manual utilizadas pelos participantes.

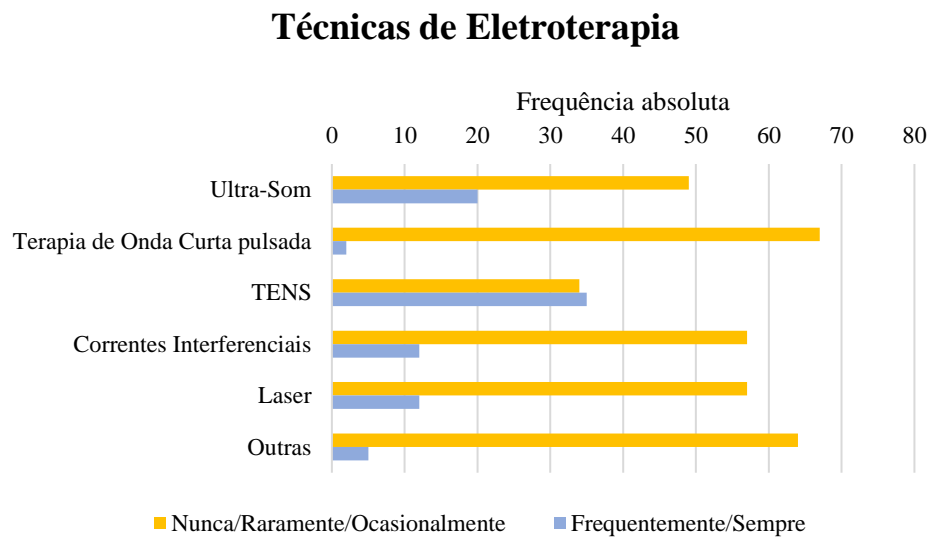


Os resultados do teste qui-quadrado indicam que existe uma associação estatisticamente significativa, fraca e negativa, entre o número de anos de prática clínica com utentes com osteoartrose e a utilização de terapia manual ($\chi^2(1) = 6.605$, $p = 0.020$, $\phi = -0.309$, $p = 0.010$) (Apêndice L).

3.3.2.4 Eletroterapia

Quanto às técnicas de eletroterapia (Figura 10), utilizadas pelos participantes de forma frequente, apenas o TENS é utilizado por 50.7% ($n=35$). As restantes técnicas apesar de não serem utilizadas pela maioria de forma consistente, continuam a ser utilizadas por alguns dos participantes, como é o caso do ultra-som, utilizado por 29% ($n=20$).

Figura 10 - Técnicas de eletroterapia utilizadas pelos participantes.

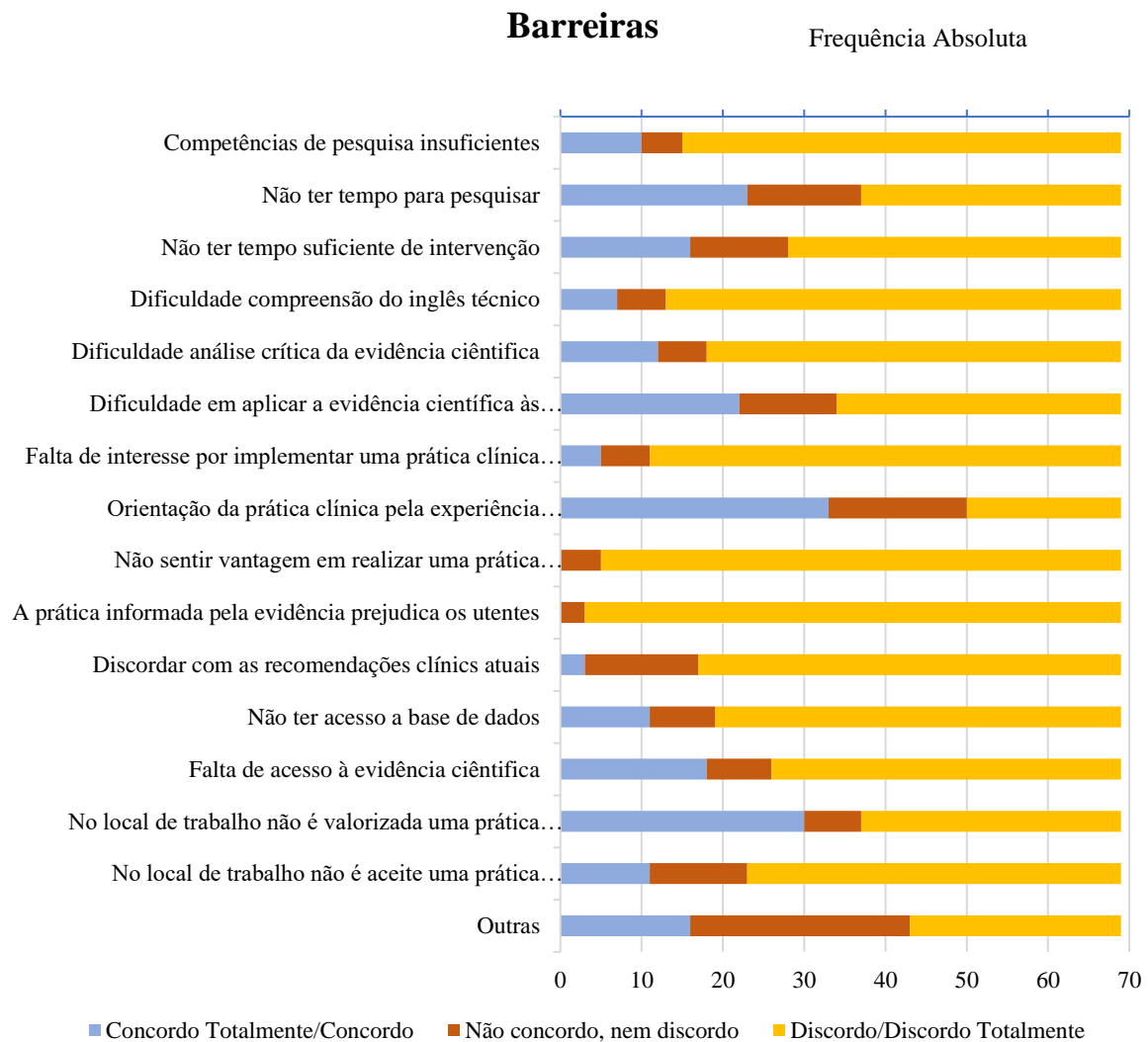


Os resultados do teste qui-quadrado indicam que existe uma associação estatisticamente significativa, fraca e positiva, entre o condicionamento da intervenção pela prescrição médica e a utilização de eletroterapia ($\chi^2(1) = 9.981$, $p = 0.002$, $\phi = 0.380$, $p = 0.002$) (Apêndice L).

3.4 Identificação de barreiras e elementos facilitadores para a prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atual

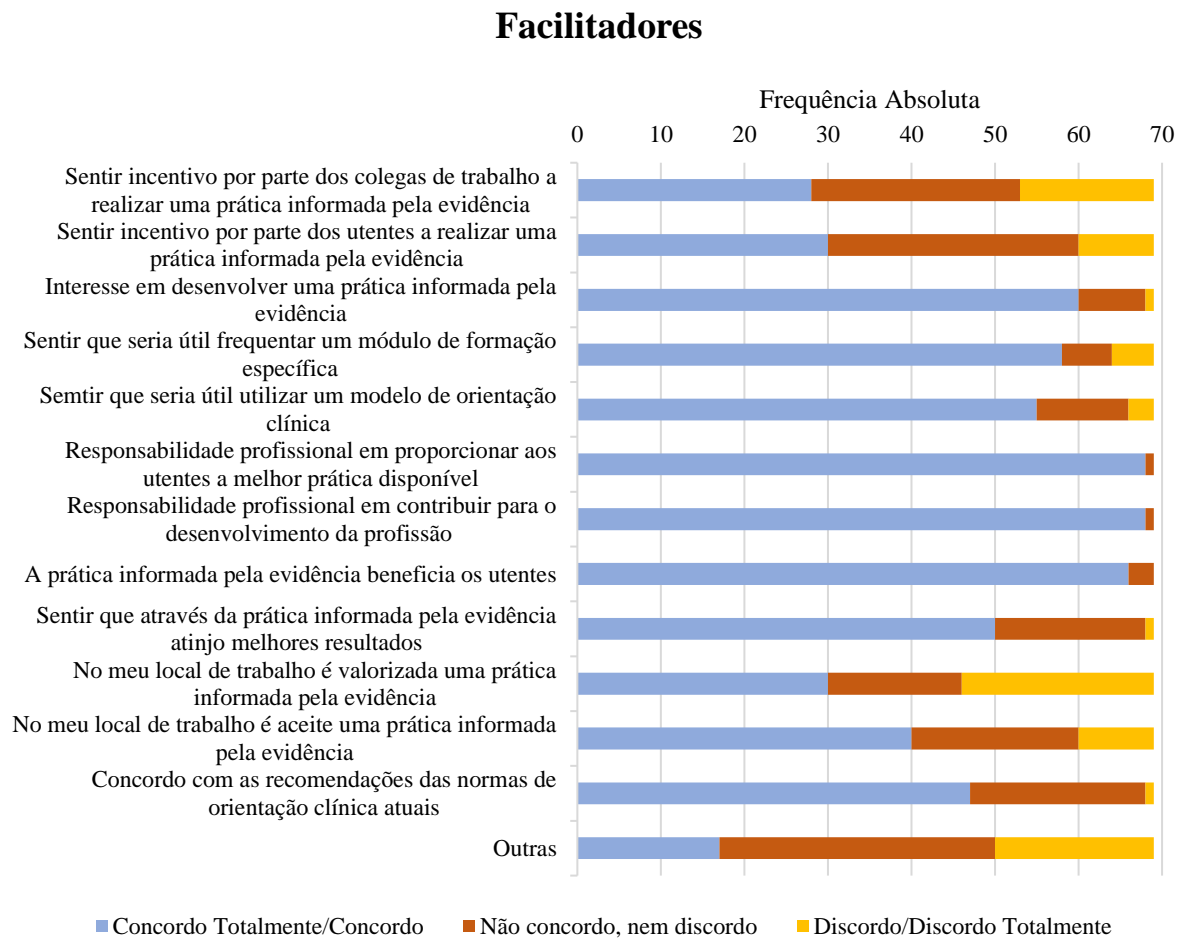
Apesar de não existir nenhuma barreira identificada pela maioria dos participantes, as que representam uma maior proporção de concordância são: “Oriento a minha prática clínica pela minha experiência profissional” (47.8%; $n=33$) e “Sinto que no meu local de trabalho não é valorizada uma prática informada pela evidência” (43.5%; $n=30$). Os resultados em relação à concordância com as restantes barreiras encontram-se expressos na Figura 11.

Figura 11 - Barreiras à implementação da prática informada pela evidência identificadas pelos participantes.



Em relação aos elementos facilitadores, apresentados na Figura 12, foram identificados vários pela maioria dos participantes, destacando-se: “Sinto responsabilidade profissional em proporcionar aos utentes a melhor prática disponível”, “Sinto responsabilidade profissional em contribuir para o desenvolvimento da profissão” com 98.6% (n=68) dos participantes a concordarem, “A prática informada pela evidência beneficia os utentes” (95.7%; n=66) e “Sinto interesse em desenvolver uma prática informada pela evidência” (87.0%; n=60).

Figura 12 - Facilitadores à implementação da prática informada pela evidência identificados pelos participantes.



4. Discussão dos Resultados

Este estudo, com o objetivo de investigar o padrão de prática clínica autoreportado dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose em Portugal, fornece informação importante relativamente à realização ou não de uma prática de acordo com as normas de orientação clínica atuais neste tipo de utentes. O objetivo do presente estudo relacionou-se com a caracterização da prática clínica dos fisioterapeutas no que diz respeito aos parâmetros avaliados, à intervenção realizada e às medidas de resultado, bem como compreender as possíveis diferenças entre fisioterapeutas experientes e não experientes, entre terem realizado ou não formações pós-graduadas e entre condicionamento/ autonomia no plano de intervenção. Pretendeu-se igualmente identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência.

Numa fase inicial de intervenção com um utente com osteoartrose, as normas de orientação clínica preconizam ser fundamental a avaliação de *red flags* de forma a confirmar ou refutar a presença de outra condição clínica (artropatia microcristalina, artrite inflamatória, infeção e patologia cancerígena), confirmando a segurança para a continuação da atuação da fisioterapia ou para a realização de uma correta referenciação para outros profissionais (NICE, 2014). Neste estudo, 71% dos participantes referem realizar a avaliação de *red flags*. Contudo, quando foram questionados sobre a avaliação dos parâmetros específicos, apenas dois dos cinco apresentados são utilizados frequentemente/sempre para despistar patologia cancerígena, assim como apenas três dos nove parâmetros indicados que permitem aferir a presença de artrite inflamatória ou artropatia microcristalina, impossibilitando deste modo a realização de um diagnóstico diferencial adequado e seguro em relação a estas condições. A diferença de resultados entre a pergunta genérica e as questões específicas, deve-se possivelmente à falta de conhecimento específico das reais *red flags* da condição clínica de osteoartrose. Para além disso, tendo em conta que 88.4% dos participantes responderam que a referenciação para a fisioterapia é realizada pelo médico, a não avaliação pode também dever-se ao facto dos fisioterapeutas considerarem que esse despiste já terá sido realizado anteriormente.

Também, relativamente à avaliação, a funcionalidade é um dos parâmetros importantes a ter em conta em utentes com osteoartrose de forma a perceber o impacto e a severidade da condição clínica. Um exemplo é a avaliação da marcha (NICE, 2014). No

presente estudo, apenas 34.8% (n=24), dos participantes refere avaliar este parâmetro. Estes resultados parecem ser semelhantes aos resultados encontrados no estudo de Holden, et al.(2018), onde apenas 42.3% dos fisioterapeutas realizaram testes de funcionalidade. Em consequência destes dados pode-se inferir que pode existir falta de conhecimento acerca dos testes desenhados para o estudo da funcionalidade ou podem refletir tempo limitado para a aplicação dos mesmos (Holden, et al., 2018). Contudo, em resposta à frequência com que avalia o domínio de resultado da funcionalidade, 28 participantes afirmou medir frequentemente ou sempre. Este resultado não foi o esperado, dado que na avaliação objetiva um número menor de participantes referiu avaliar esse parâmetro (n=24). Logo, sendo que a medição dos domínios de resultado tem como objetivo a comparação com a avaliação inicial, não é perceptível existir um número superior de participantes avaliar a funcionalidade como domínio de resultado em relação à sua avaliação objetiva inicial. Para além disso, tendo em conta que a avaliação e medição de resultados são importantes para estabelecer objetivos, documentar o progresso e motivar o utente, isto é, são importantes no planeamento da intervenção e tendo em conta que as limitações funcionais é uma das principais características da osteoartrose, torna-se inesperado o facto de os fisioterapeutas não avaliarem a funcionalidade com a necessária frequência (French, 2007).

No que diz respeito à intervenção realizada, o presente estudo verificou que as modalidades mais utilizadas são o exercício (98.6%; n=68), a educação (97.1%; n=67) e a terapia manual (94.2%; n=65), seguida da eletroterapia aplicada por 44.9% (n=31) dos participantes. Deste modo é possível verificar que a intervenção realizada pelos participantes vai ao encontro das normas de orientação clínica atuais. No entanto, não é possível aferir se as modalidades de intervenção são aplicadas de forma combinada ou não ao longo das sessões, uma vez que segundo as normas de orientação clínica apenas o exercício e a educação são tratamentos de primeira linha, sendo que as modalidades de terapia manual e eletroterapia tratam-se apenas de modalidades coadjuvantes (NICE, 2014).

Quando nos referimos especificamente à modalidade do exercício, e de acordo com as normas de orientação clínica, os tipos de exercício a incluir são o fortalecimento muscular e o treino aeróbio de baixo impacto (NICE, 2014). Considerando os resultados do presente estudo, o fortalecimento muscular é aplicado por 94.2% (n=65) dos participantes, estando assim de acordo com as recomendações, no entanto o treino aeróbio apenas é aplicado por 68.1% (n=47). Esta discrepância não deveria estar presente uma vez que não existe vantagem

de um tipo de exercício sobre o outro (Roddy & Zhang, 2005). Contudo, muitos utentes consideram que o treino aeróbio não é essencial caso obtenham benefícios apenas com as atividades da vida diária (Poitras, et al., 2010). Também alguns fisioterapeutas acreditam que seria melhor conseguir a integração dos exercícios com a componente aeróbia na rotina do dia-a-dia para facilitar a adesão, podendo levar a uma menor integração do treino aeróbio nas sessões de fisioterapia. Outra possível razão para a baixa percentagem de fisioterapeutas a implementar o treino aeróbio tem na base a discordância com os parâmetros efetivos do exercício, sendo que para alguns, este deve ser realizado em pequenas doses diárias, enquanto outros promovem sessões mais longas, mas menos frequentes (Poitras, et al., 2010). Assim, não se verificando vantagem de um tipo de exercício sobre o outro, seria importante os fisioterapeutas oferecerem aos utentes a escolha, uma vez que aumenta o potencial de adesão, a qual é um fator importante para a resposta ao exercício e consequentemente para os resultados da intervenção (Roddy & Zhang, 2005).

No que concerne à terapia manual, verificou-se que a maior parte dos participantes realiza mobilização, alongamento e massagem, não se observando total concordância com as recomendações, uma vez que as mesmas apontam para a realização de manipulação e alongamentos. O mesmo acontece com a eletroterapia, em que 50.7% (n=35) dos participantes deste estudo afirmaram utilizar TENS e 29.0% (n=20) ultra-som, quando as recomendações apenas aconselham a aplicação de TENS. Esta prática é concordante com estudos realizados em outros países, como o estudo de Andersson, et al. (2016), em que 27% dos fisioterapeutas realiza massagem, para a qual não existe evidência e 97% aplica TENS. Também no estudo de French (2007) se verifica que a eletroterapia é uma modalidade utilizada por 62% dos participantes. Considerando os presentes resultados, parece que, acrescidamente às modalidades de intervenção que as normas de orientação clínica preconizam, os fisioterapeutas realizam igualmente outras modalidades que não apresentam suporte de evidência científica. Assim, a discrepância entre o que é recomendado e o que é efetivamente realizado poderá relacionar-se com o aspeto do plano de tratamento ser condicionado por prescrição médica, ou seja, os fisioterapeutas aplicam as modalidades de acordo com o que o médico prescreve, mesmo não estando de acordo com a melhor evidência disponível. No entanto, esta prática também poderá ser explicada devido à falta de conhecimento relativamente às recomendações atuais das normas de orientação clínica, a qual pode estar relacionada com o formato das mesmas, que na maior parte das vezes não é

user-friendly, como são, por exemplo, os algoritmos de decisão clínica (Meneses, Rannou, & Hunter, 2016). Algumas discrepâncias existentes entre as várias normas de orientação clínica existentes (umas direcionadas apenas à condição clínica de osteoartrose e outras à osteoartrose de articulações específicas), também pode provocar a heterogeneidade das opções de intervenção, neste caso no que diz respeito à terapia manual e à eletroterapia. Estes resultados destacam a necessidade de educação específica, assim como mais investigação de especialistas de forma a saber lidar com evidências conflitantes sobre as recomendações de tratamento (Andersson, et al., 2016). O interesse e preferências/crenças individuais dos utentes, bem como os benefícios percebidos associados ao uso de novas tecnologias (por exemplo nas modalidades de eletroterapia) tanto por parte do utente como do fisioterapeuta, também podem estar na base da escolha das intervenções discrepantes das recomendações das normas de orientação clínica (Meneses, Rannou, & Hunter, 2016; Fidvi & May, 2010).

Quanto às estratégias de educação, a maior parte dos resultados encontrados foi ao encontro das recomendações das normas de orientação clínica atuais, assim como dos resultados reportados em estudos anteriores. No estudo de Holden, et al., (2018) a percentagem de fisioterapeutas que recomenda a manutenção de atividade física é de 95%, sendo que no presente estudo, 79.7% (n=55) dos participantes referiu que fornece explicação dos aspetos gerais da condição, 88.4% (n=61) recomenda a prática de atividade física e 74.0% (n=51) recomenda o retorno às atividades da vida diária. Contudo, neste estudo, também 88.4% (n=61) dos participantes recomenda a realização de movimento dentro do limiar da dor e ainda 26.1% (n=18) recomenda repouso. Estas últimas estratégias, para além de não constarem nas normas de orientação clínica, podem induzir nos utentes o desenvolvimento de um padrão de medo-evitamento e em alguns casos despoletar a catastrofização da dor, uma vez que a partir destas recomendações podem interpretar que o movimento vai provocar agravamento da lesão e consequentemente maiores níveis de dor, o que por sua vez, pode aumentar o nível de incapacidade dos utentes (Thompson, Moula, & Woby, 2016).

A maior discrepância, no que respeita às estratégias de educação, é a recomendação para a perda de peso, em que no estudo de Holden, et al., (2018) é realizado por 70.4% dos participantes, enquanto neste estudo apenas 49.3% o refere realizar. Considera-se que esta recomendação poderá ser realizada por uma menor proporção de fisioterapeutas devido à possível percepção de que a perda de peso é um objetivo difícil de concretizar, especialmente

em utentes com osteoartrose do joelho, uma vez que a intensidade da dor e a incapacidade assim como as características da idade, sedentarismo e o metabolismo mais lento podem restringir as atividades em geral, bem como a prática de exercício direcionada para a perda de peso (Poitras, et al., 2010). Por outro lado, pode existir receio da fraca aceitação desta recomendação por parte dos utentes, uma vez que é necessária uma mudança no estilo de vida. Mais ainda, alguns fisioterapeutas podem considerar que a perda de peso não é a principal solução e que outros fatores físicos influenciam a incapacidade, como a flexibilidade ligamentar, a força muscular e a propriocepção (Poitras, et al., 2010). Porém, também o facto de o fisioterapeuta não possuir conhecimento e qualificações específicas para orientar o processo de perda de peso de forma eficiente, pode ser motivo pelo qual existe uma baixa percentagem de fisioterapeutas a realizar esta recomendação (Snodgrass, et al., 2014).

Relativamente à medição de resultados, neste estudo 81.2% (n=56) dos participantes refere medir resultados, sendo a intensidade da dor a medida de resultado mais frequentemente medida, o que por sua vez está de acordo com o estudo de French, (2007). Este refere que a função e qualidade de vida também são domínios de resultados medidos pelos participantes, o que também acontece na investigação realizada, em que se verifica a medição da qualidade de vida por 49.2% . Esta medição de resultados é importante, uma vez que a dor, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida são as principais consequências da osteoartrose. Para além disso, a medição destes domínios de resultados permite a gestão e planeamento do tratamento, podendo ser utilizada para identificar a situação clínica na *baseline*, documentar o progresso e auxiliar na definição de objetivos e metas, motivando os próprios utentes, considerando que têm uma melhor percepção da sua evolução, tal como já foi referido anteriormente (French, 2007).

Quanto às barreiras à implementação da prática informada pela evidência, as duas com que os participantes mais concordaram foi “oriento a minha prática clínica pela minha experiência profissional” (47.8%; n=33) e “sinto que o local de trabalho não valoriza a prática informada pela evidência” (43.5%; n=30). Estas barreiras vão ao encontro de algumas previamente identificadas em estudos realizados em outros países, como Silva, et al., (2015) e Meneses, Rannou e Hunter (2016), em que 44,9% dos participantes concorda parcialmente que a opinião de um *expert* é o fator mais importante na tomada de decisão. Este aspecto, pode estar relacionado com o modelo de educação ainda existente em muitos

locais, em que os professores são os *experts* que transmitem o conhecimento, dando a impressão de que o conhecimento se baseia na opinião de especialistas e não na evidência científica (Silva, L. C. Costa, & L. O. Costa, 2015). O facto dos locais de trabalho não valorizarem a prática informada pela evidência pode estar relacionado com a existência de um modelo inadequado de atendimento, que impossibilita essa prática, como é o caso do atendimento de vários utentes por hora ou o condicionamento do plano de tratamento por prescrição médica (Meneses, Rannou, & Hunter, 2016).

Relativamente aos elementos facilitadores, este estudo identificou quatro principais, responsabilidade profissional em proporcionar aos utentes a melhor prática disponível e em contribuir para o desenvolvimento da profissão (98.6%; n=68), a prática informada pela evidência beneficia os utentes (95.7%; n=66) e interesse em desenvolver uma prática informada pela evidência (87.0%; n=60). Estes não foram ao encontro dos facilitadores encontrados em estudos anteriores, contudo parecem apontar que os participantes do estudo realizado se encontram muito direccionados e com interesse a investir na prática informada pela evidência. Apesar de os resultados deste estudo ainda não demonstrarem a total aplicação de uma prática informada pela evidência, as elevadas percentagens nos elementos facilitadores identificados, parece sugerir que os fisioterapeutas têm vindo a perceber a necessidade de continuar a desenvolver a profissão, tornando-a cada vez mais o primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde, isto é, comportando à fisioterapia autonomia e responsabilização pela saúde dos outros. Assim, dada a constante evolução do conhecimento é importante a constante atualização dos fisioterapeutas, sendo fundamental a demonstração de interesse por parte destes.

Por último, foram analisadas as diferenças quanto a alguns elementos do padrão de prática, entre fisioterapeutas experientes e não experientes, entre a realização ou não de formações pós-graduadas e entre o condicionamento e a autonomia no planeamento da intervenção. Esta análise, realizada a partir do teste qui-quadrado e do coeficiente de correlação bivariado Phi (ϕ), permitiu perceber a possível influência destes parâmetros na avaliação de *red flags*, nas modalidades de intervenção e nas estratégias de educação aplicadas.

Por exemplo, a realização de formações pós-graduadas e a autonomia no planeamento da intervenção pode facilitar a escolha das modalidades de intervenção, assim como potenciar as que estão de acordo com as normas de orientação clínica. Por outro lado, o

número de anos de experiência pode explicar a maior ou menor utilização da modalidade de educação e respetivas estratégias, pois segundo Forbes, et al. (2017), a educação é utilizada maioritariamente por fisioterapeutas experientes.

Segundo o resultado da análise referida, uma maior experiência profissional está associada à avaliação mais frequente dos sintomas de patologia cancerígena. Esta associação parece indicar que os fisioterapeutas mais experientes estão mais alerta para o despiste de patologias importantes que necessitam de referenciação (Holden, et al., 2018). Relativamente à avaliação de *red flags* também se verifica que a realização de formações pós-graduadas está associada a uma avaliação menos frequente destas. Esta associação poderia parecer inesperada, uma vez que uma maior formação dos fisioterapeutas poderia levar a que estivessem mais alerta para a avaliação de *red flags*. No entanto esta associação poderá estar relacionada com o facto de que a maior parte das formações pós-graduadas realizadas pelos fisioterapeutas ser focada em técnicas de intervenção e não na avaliação dos utentes.

No que diz respeito às modalidades de intervenção, observou-se uma associação negativa entre o uso de terapia manual e a experiência profissional, isto é, quanto mais experientes são os fisioterapeutas, menos utilizada é a terapia manual em utentes com osteoartrose, o que poderá ir ao encontro das recomendações, dado que se trata de uma modalidade coadjuvante e não de primeira linha. Deste modo é possível que, quanto maior a experiência, maior poderá ser a capacidade de compreender que a aplicação desta modalidade nem sempre é necessária, uma vez que fisioterapeutas mais experientes realizam processos de raciocínio clínico que incluem a observação e interação com utente, identificando de forma mais ampla as incapacidades deste, incluindo para além das limitações físicas, as alterações cognitivas e psicoemocionais. Isto é, compreendem as principais necessidades do utente (Wainwright, Shepard, Harman, & Stephens, 2011).

A associação entre a eletroterapia e a forma como é realizado o planeamento da intervenção parece estar de acordo com o esperado. Neste caso, a eletroterapia parece ser mais utilizada nas situações em que o plano de intervenção é condicionado por prescrição médica, limitando assim os fisioterapeutas em relação à possibilidade de escolha entre realizar ou não a prática informada pela evidência. Outra possível razão pode estar relacionada com a simplicidade e facilidade de aplicação desta modalidade, que facilita os

modelos de reembolso dos cuidados de saúde, que recompensam o volume de tratamentos realizados e não a qualidade (Fidvi & May, 2010; Foster, et al., 2018).

Por outro lado, já relativamente às estratégias de educação, os resultados da associação entre a explicação acerca dos aspetos gerais da condição e a experiência profissional são inesperados, pois uma maior experiência de prática clínica em utentes com osteoartrose está associado com uma menor explicação, o que por sua vez está recomendado nas normas de orientação clínica. Seria expectável que fisioterapeutas mais experientes, apresentassem maior conhecimento relativamente à necessidade de educar os utentes acerca da sua condição clínica. Uma possível razão pode estar relacionada com a falta de confiança na utilização das estratégias de educação (Ramírez-Vélez, et al., 2015). Por outro lado, o facto de os fisioterapeutas menos experientes serem atualmente direcionados para este tipo de intervenção na sua formação base também pode explicar os resultados obtidos (Silva, et al., 2015). Estes são contraditórios aos achados no estudo de Forbes et al., 2017, onde os fisioterapeutas mais experientes frequentemente utilizam abordagens para perceber as preocupações dos utentes, ensinam estratégias de auto-gestão, assim como consideram a partilha de informação acerca da condição clínica, explorando ideias e percepções do utente, como muito importantes na intervenção.

Limitações do Estudo

No que diz respeito às limitações deste estudo, é possível começar por identificar o tamanho reduzido da amostra (taxa de não resposta elevada), bem como o facto de ter sido obtida por conveniência, o que impossibilita a extrapolação dos dados para a população-alvo, ou seja, todos os fisioterapeutas a exercer a sua prática profissional com utentes com osteoartrose em Portugal.

A realização do estudo através da aplicação de um questionário *online* apresenta algumas vantagens, como a facilidade de aplicação e a utilização de poucos recursos financeiros. Contudo também apresenta limitações, como é o caso do viés de informação, ou seja, o autopreenchimento do questionário sem a presença do investigador pode levar a que por vezes seja realizada uma má interpretação das questões. Para além deste aspeto, considerando o tipo de instrumento utilizado poderá estar presente o viés da desejabilidade social, isto é, os participantes responderem de acordo com o que eles consideram que o investigador pretende obter, ou seja, de acordo com o que consideram socialmente desejável.

Também na análise dos dados se verificou uma limitação, a presença de viés de mensuração, pois foi necessária a transposição manual dos dados para o SPSS (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010).

De forma a minimizar as possíveis fontes de viés, e em relação ao viés de autopreenchimento foram fornecidas instruções claras ao longo de todo o questionário, e fornecido o endereço de *email* do investigador para ser contactado, no caso de surgir alguma dúvida. No que concerne ao possível viés de desejabilidade social, com o intuito de obter respostas realistas foi destacada a informação acerca do anonimato do questionário. Para evitar erros durante a transposição dos dados para o SPSS, estes foram todos verificados mais do que uma vez.

Implicações do estudo

Considerando, que, do nosso conhecimento, este estudo é o primeiro a abordar especificamente esta temática em Portugal, poderá assim representar um importante contributo para o conhecimento da prática clínica dos fisioterapeutas que intervêm em utentes com osteoartrose. Dos resultados evidenciados, é perceptível a existência de uma lacuna entre as normas de orientação clínica e o padrão de prática existente, que apesar de existir concordância em alguns aspetos, não se observou uma aplicação de forma consistente desse conhecimento. Deste modo, torna-se importante fomentar uma reflexão acerca dos motivos pelos quais estas lacunas existem, permitindo desenvolver estratégias para criar um modelo de prática que seja utilizado por todos os fisioterapeutas de forma uniforme, melhorando a efetividade das suas intervenções.

Perspetivas de investigação futura

No futuro, visto ter sido verificada alguma discrepância entre o padrão de prática atual e as recomendações das normas de orientação clínica (a não avaliação de todos os parâmetros de *red flags*, a utilização de massagem, bem como a utilização elevada de modalidades de tratamento coadjuvantes), será relevante identificar e explorar as razões subjacentes à lacuna existente entre a evidência científica e prática clínica.

Por outro lado, considerando a falta de cumprimento das normas de orientação clínica atuais, é relevante perceber se os fisioterapeutas concordam com as recomendações, se apresentam interesse em modificar a sua intervenção e o que estão disponíveis a fazer para garantir essa modificação, ou seja, perceber qual o estadió de mudança comportamental em

que se encontram, para posteriormente ser mais fácil a introdução de um padrão de prática mais efetivo.

Considera-se igualmente relevante a realização de estudos futuros, focando a mesma temática e objetivos, com um tamanho amostral superior, com vista à possível extrapolação dos resultados para a população de fisioterapeutas em Portugal.

Por fim, considera-se igualmente relevante a realização de estudos metodologicamente semelhantes direcionados especificamente para as articulações mais frequentemente afetadas pela osteoartrose. Isto é, avaliar a prática autoreportada dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose do joelho, da anca e das mãos, permitindo a análise concreta do padrão de prática dos fisioterapeutas, uma vez que atualmente existem normas de orientação clínica específicas para as diferentes articulações. (McAlindon, et al., 2014; Brosseau, et al., 2015, 2017a, 2017b, 2017b, 2018; Rillo, et al., 2016; Cibulka, et al., 2017)

5. Conclusão

O estudo realizado, com o objetivo de conhecer a prática clínica autoreportada dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose em Portugal parece representar um contributo relevante para o conhecimento deste padrão de prática, apesar de todas as limitações verificadas. Esta é uma etapa fundamental quando se pretende que a prática clínica seja uma prática informada pela evidência, uma vez que permite aferir se a prática atual segue ou não as recomendações e compreender quais as problemáticas inerentes.

Os resultados deste estudo sugerem que os fisioterapeutas em Portugal seguem parcialmente as normas de orientação clínica para a intervenção em utentes com osteoartrose. Deste modo, é perceptível a existência de uma discrepância entre as normas e a prática clínica propriamente dita em vários parâmetros, nomeadamente em relação à avaliação de *red flags*, utilização de forma consistente de modalidades coadjuvantes (terapia manual e eletroterapia) e utilização de técnicas não recomendadas (por exemplo, massagem e ultrassom).

Estas diferenças podem, em parte, estar relacionadas com a falta de suporte dos locais de trabalho para a realização deste tipo de prática, sendo muitas vezes condicionadas por prescrição médica. Por conseguinte, esta discrepância pode significar que não estão a ser prestados os melhores cuidados de saúde possíveis, com implicações nas melhorias que os utentes podem perceber.

Este estudo pretende que, no futuro, seja desenvolvido um modelo conceptual que suporte os fisioterapeutas na implementação consistente de cuidados de elevada qualidade em utentes com osteoartrose. A utilização deste modelo por todos os fisioterapeutas permitiria uma melhor prática clínica, mais eficaz e efetiva, diminuindo os custos económicos e o número de casos que necessitam de tratamento cirúrgico.

6. Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2018). *O Perfil Profissional do Fisioterapeuta*. Obtido de www.apfisio.pt/documentos-estruturantes
- Andersson, S. F., Bergman, S., Henriksson, E. W., & Bremander, A. (2016). Arthritis management in primary care – A study of physiotherapists' current practice, educational needs and adherence to national guidelines. *Musculoskeletal Care*, 1–8.
- Basílio, S. (2013). Intervenção da Fisioterapia em indivíduos com osteoartrose do joelho: características da prática clínica, resultados obtidos e fatores de prognóstico para os resultados de “sucesso” . *Dissertação de Mestrado*.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica* (2ª ed.). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Brosseau, L., Wells, G. A., Pugh, A. G., Smith, C. A., Rahman, P., Gallardo, I. C., Toupin-April, K., Loew, L., Angelis, G., Cavallo, S., Taki, J., Marcotte, R., Fransen, M., Hernandez-Molina, G., Kenny, G. P., Regnaud, J., Lefevre-Colau, M., Brooks, S., Laferriere, L., McLean, L., Longchamp, G. (2015). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercise in the management of hip osteoarthritis. *Clinical Rehabilitation*, 1-12.
- Brosseau, L., Taki, J., Desjardins, B., Thevenot, O., Fransen, M., Wells, G. A., Imoto, A. M., Toupin-April, K., Westby, M., Gallardo, I.C., Gifford, W., Laferriere, L., Rahman, P., Loew, L., Angelis, G., Cavallo, S., Shallwani, S. M., Aburub, A., Bennell, K., L., Van der Esch, M., Simin, M., McConnell, S., Harmer, A., Kenny, G. P., Paterson, G., Regnaud, J., Lefevre-Colau, M., McLean, L. (2017). The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part one: Introduction, and mind-body exercise programs. *Clinical Rehabilitation*, 1- 14.
- Brosseau, L., Taki, J., Desjardins, B., Thevenot, O., Fransen, M., Wells, G. A., Imoto, A. M., Toupin-April, K., Westby, M., Gallardo, I.C., Gifford, W., Laferriere, L., Rahman, P., Loew, L., Angelis, G., Cavallo, S., Shallwani, S. M., Aburub, A., Bennell, K., L., Van der Esch, M., Simin, M., McConnell, S., Harmer, A., Kenny, G. P., Paterson, G., Regnaud, J., Lefevre-Colau, M., McLean, L. (2017). The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part three: Aerobic exercise programs. *Clinical Rehabilitation*, 1 - 13.
- Brosseau, L., Taki, J., Desjardins, B., Thevenot, O., Fransen, M., Wells, G. A., Imoto, A. M., Toupin-April, K., Westby, M., Gallardo, I.C., Gifford, W., Laferriere, L., Rahman, P., Loew, L., Angelis, G., Cavallo, S., Shallwani, S. M., Aburub, A., Bennell, K., L., Van der Esch, M., Simin, M., McConnell, S., Harmer, A., Kenny, G. P., Paterson, G., Regnaud, J., Lefevre-Colau, M., McLean, L. (2017). The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part two: Strengthening exercise programs. *Clinical Rehabilitation*, 1-16.

- Brosseau, L., Thevenot, O., MacKiddie, O., Taki, J., Wells, G. A., Guitard, P., Léonard, G., Paquete, N., Aydin, S. Z., Toupin-April, K., Cavallo, S., Moe, R. H., Shaick, K., Gifford, W., Loew, L. (2018). The Ottawa Panel guidelines on programmes involving therapeutic exercise for the management of hand osteoarthritis. *Clinical Rehabilitation*, 1-23.
- Bruyère, O., Cooper, C., Pelletier, J.-P., Maheu, E., Rannou, F., Branco, J., Brandi, M. L., Kanis, J. A., Altman, R. D., Hochberg, M. C., Martel-Pelletier, J., YvesReginster, J. (2015). A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis—From evidence-based medicine to the real-life setting. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1 -9.
- Chen, A., Gupte, C., Akhtar, K., Smith, P., & Cobb, J. (2012). The Global Economic Cost of Osteoarthritis: How the UK Compares. *Arthritis*, 1-6.
- Cibulka, M. T., Bloom, N. J., Enseki, K. R., Macdonald, C. W., Woehrle, J., & McDonough, C. M. (2017). Hip Pain and Mobility Deficits— Hip Osteoarthritis: Revision 2017, Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 1 -37.
- DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J., Savoy, S. M., Kostas-Polston, E. (2007). A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing Scholarship*. 155 - 164.
- Especial Medico News. (2015). *EpiReumaPt - O retrato das doenças reumáticas em portugal*. NewsFarma.
- Fidvi, N. s., & May, S. (2010). Physiotherapy Management of Low Back Pain in India — A Survey of Self-Reported Practice. *Physiotherapy Research International* , 150-159.
- Forbes, R., Mandrusiak, A., Smith, M., & Russell, T. (2017). A comparison of patient education practices and perceptions of novice and experienced physiotherapists in Australian physiotherapy settings. *Musculoskeletal Science and Practice*(28), 46 - 53.
- Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., Ferreira, P. H., Fritz, J. M., Koes, B. W., Peul, W., Turner, J. A., Maher, C. G. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*, 2368-2383.
- French, H. P. (2007). Physiotherapy management of osteoarthritis of the hip: a survey of current practice in acute hospitals and private practice in the Republic of Ireland. *Physiotherapy*, 93, pp. 253-260.
- Heneghan, C., & Fiona, G. (2013). Where next for evidence based healthcare? *BMJ*, 1-2.

- Holden, M. A., Bennell, K. L., Whittle, R., Chesterton, L., Foster, N. E., Halliday, N. A., Spiers, L. N., Mason, E. M., Quicke, J. G., Mallen, C. D. (Junho de 2018). How Do Physical Therapists in the United Kingdom Manage Patients With Hip Osteoarthritis? Results of a Cross-. *Physical Therapy*, 98(6), 461- 470.
- Iles, R., & Davidson, M. (2006). Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research International*, 11, pp. 93-103.
- Jagger, C., Matthews, R., Spiers, N., Brayne, C., Comas-Herrera, A., Robinson, T., Lindsay, J. Croft, P. (2006). *Compression or Expansion of Disability? Forecasting Future Disability Levels under Changing Patterns of Diseases*. London, UK: King's Fund.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo, Lda.
- McAlindon, T., Bannuru, R., Sullivan, M., Arden, N., Berenbaum, F., Bierma-Zeinstra, S., Hawker, G. A., Henrotin, y., Hunter, D. J., Kawaguchi, H., Kwoh, K., Lohmander, S., Rannou, F., Roos, E. M., Underwood, M. (2014). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 363-388.
- Meneses, S. F., Rannou, F., & Hunter, D. J. (2016). Osteoarthritis guidelines: Barriers to implementation and solutions. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 1- 4.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Osteoarthritis: Care and management in adults, Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations*, NICE, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25340227>
- Nelson, A. E., Allen, K. D., Golightly, Y. M., Goode, A. P., & Jordan, J. M. (2014). A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The Chronic Osteoarthritis Management Initiative of the U.S. Bone and Joint Initiative. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1 - 12.
- Okwera, A., & May, S. (2018). Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis—a qualitative study. *PHYSIOTHERAPY THEORY AND PRACTICE*, 1-8.
- Oppenheim, A. N. (2001). *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. New York: Continuum.
- Pensri, P., Foster, N., Srisuk, S., Baxter, G. D., & McDonough, S. M. (2005). Physiotherapy management of low back pain in Thailand: a study of practice. *Physiotherapy Research International*, 201-212.
- Poitras, S., Rossignolb, M., Avouacc, J., Avouacd, B., Cedraschie, C., Nordinf, M., Rosseaux, C., Rozenberg, S., Savarieau, B., Thoumie, P., Valat, J., Vignon, E., Hilliquin, P. (2010). Management recommendations for knee osteoarthritis: How usable are they? *Joint Bone Spine*, 458 - 465.

- Ramírez-Vélez, R., Bagur-Calafat, M. C., Correa-Bautista, J. E., & Girabent-Farrés, M. (2015). Barriers against incorporating evidence based practice in physical therapy in Colombia: current state and factors associated. *BMC Medical Education*, 1 - 11.
- Rillo, O., Riera, H., Acosta, C., Liendo, V., Bolaños, J., Monterola, L., Nieto, E., Arape, R., Franco, L. M., Vera, M., Papasidero, S., Espinosa, R., Esquivel, J. A., Souto, R., Rossi, C., Molina, J. F., Salas, J., Ballesteros, F., Radrigan, F., Guibert, M., Reyes, G., Chico, A., Camacho, W., Urioste, L., Garcia, A., Iraheta, I., Gutierrez, C. E., Aragón, R., Duarte, M., Gonzalez, M., Castaneda, O., Angulo, J., Coimbra, I., Munoz-Louis, R., Saenz, R., Vallejo, C., Briceno, J., Acuna, R. P., León, A., Reginato, A. M., Moller, I., Caballero, C. V., Quintero, M. (2016). PANLAR Consensus Recommendations for the Management in Osteoarthritis of Hand, Hip, and Knee. *Journal of Clinical Rheumatology*, 345-354.
- Roddy, E., & Zhang, W. D. (2005). Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 544 - 548.
- Scurlock-Evansa, L., Upton, P., & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematicreview of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*.
- Silva, T. M., Costa, L. C., & Costa, L. O. (2015). Evidence-Based Practice: a survey regarding behavior knowledge, skills, resources, opinions and perceived barriers of Brazilian physical therapists from São Paulo state. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 294-303.
- Silva, T. M., Costa, L. d., Garcia, A. N., & Costa, L. O. (2015). What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Manual Therapy*, 388 - 401.
- Snodgrass, S. J., Carter, A. E., Guest, M., Collins, C. E., James, C., Kable, A. K., Ashby, S. E., Plotnikoff, R. C. (2014). Weight management including dietary and physical activity advice provided by Australian physiotherapists: a pilot cross-sectional survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, 409-420.
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., Boer, M. R., Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 34 - 42.
- Thompson, D. P., Moula, K., & Woby, S. R. (2016). Are fear of movement, self-efficacy beliefs and fear of falling associated with levels of disability in people with osteoarthritis of the knee? A cross sectional study. *Musculoskelet Care*, 1-6.
- Thorstensson, C. A., Garellick, G., Rystedt, H., & Dahlberg, L. E. (2014). Better Management of Patients with Osteoarthritis: Development and Nationwide Implementation of an Evidence-Based Supported Osteoarthritis Self- Management Programme. *Musculoskeletal Care*, 67-75.

- Wainwright, S. F., Shepard, K. F., Harman, L. B., & Stephens, J. (2011). Factors That Influence the Clinical Decision Making of Novice and Experienced Physical Therapists. *Physical Therapy*, 87 -101.
- Wright, A. A., Cook, C. E., Flynn, T. W., Baxter, G. D., & Abbott, J. H. (2011). Predictors of Response to Physical Therapy Intervention in Patients With Primary Hip Osteoarthritis. *Physical Therapy*, 510-524.

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1- Fluxograma do estudo..... | 18 |
| Figura 2 - Parâmetros da avaliação subjetiva inicial avaliados pelos participantes. | 20 |
| Figura 3 - Parâmetros da avaliação objetiva inicial avaliados pelos participantes..... | 21 |
| Figura 4 - Objetivos de intervenção considerados pelos participantes..... | 22 |
| Figura 5 - Modalidades de intervenção utilizadas pelos participantes. | 22 |
| Figura 6 - Domínios de resultados avaliados pelos participantes..... | 23 |
| Figura 7 - Recomendações acerca da atividade dadas pelos participantes..... | 26 |
| Figura 8 - Tipos de exercício utilizados pelos participantes. | 27 |
| Figura 9 - Técnicas de terapia manual utilizadas pelos participantes..... | 28 |
| Figura 10 - Técnicas de eletroterapia utilizadas pelos participantes. | 29 |
| Figura 11 - Barreiras à implementação da prática informada pela evidência identificadas pelos participantes. | 30 |
| Figura 12 - Facilitadores à implementação da prática informada pela evidência identificados pelos participantes..... | 31 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caracterização dos participantes. | 19 |
| Tabela 2 - Caracterização genérica do padrão de prática dos participantes. | 20 |
| Tabela 3 - Associações estatisticamente significativas entre a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e as Red Flags/Patologias específicas. | 24 |
| Tabela 4 - Associações estatisticamente significativas entre o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose e as Red Flags/Patologia específica. | 25 |

Apêndice A – Questionário de caracterização da prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose

Mensagem de Boas-Vindas:

O meu nome é Bruna Bárbara dos Santos, sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver um estudo que é parte integrante da dissertação final de Mestrado, sob orientação científica do professor Eduardo Cruz e co-orientação da professora Lúcia Domingues, e que tem como objetivo caracterizar a prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose em Portugal. A sua participação neste estudo é apenas solicitada através do preenchimento deste questionário. Por favor clique em "Seguinte" para avançar para o formulário de Consentimento Informado.

Formulário de Consentimento Informado:

Caro(a) colega,

É convidado(a) a participar num estudo realizado pela discente Bruna Bárbara dos Santos, sob orientação científica do Professor Eduardo Cruz e co-orientação da Professora Lúcia Domingues, enquadrado na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia - Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

O objetivo deste estudo é caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose em Portugal, no que diz respeito aos parâmetros avaliados, intervenções realizadas e aos *outcomes* medidos, bem como identificar barreiras e os elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência.

Foi selecionado(a) para participar neste estudo por ser um(a) fisioterapeuta que trabalha em Portugal, seja no setor público e/ou no setor privado, e acompanha utentes com osteoartrose, sendo que no caso de trabalharem a nível hospitalar, os participantes têm de trabalhar no departamento ambulatório.

A sua participação neste estudo é voluntária e é-lhe apenas solicitado que complete este questionário, com o tempo de preenchimento estimado de 19 minutos. Pode abandonar o preenchimento do mesmo a qualquer momento, sem consequências negativas. É importante salientar que a plataforma **guarda automaticamente**

as respostas das diferentes secções, pelo que os participantes podem gravar os questionários **parcialmente respondidos**, de forma a **terminar mais tarde**, desde que no prazo previamente estabelecido.

Será utilizado um sistema de codificação da sua identidade, que permitirá que o estudo funcione em anonimato. Os dados serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia, mas nunca de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Para continuar, por favor selecione o item abaixo:

- ☒ Declaro que compreendi os procedimentos descritos acima e aceito participar no estudo

SECÇÃO 1 – Caracterização dos fisioterapeutas

Este questionário é dirigido a fisioterapeutas que exerçam prática clínica atual na área músculo-esquelética, nomeadamente na intervenção em utentes com **osteoartrose***, sendo que no caso de trabalharem a nível hospitalar, os participantes têm de trabalhar no departamento ambulatório.

Se não intervir em **utentes com osteoartrose** ou se o seu atendimento não for em **ambulatório**, por favor não preencha o questionário.

* Define-se osteoartrose como síndrome clínico de dor articular acompanhada de vários graus de limitação funcional e reduzida qualidade de vida. Caracteriza-se por perda de cartilagem localizada, remodelação de osso subjacente e inflamação associada.

1. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino
2. Idade: _____
3. Quais as suas qualificações académicas? (*Selecione todas as que se aplicam*)

| Grau | |
|---------------------------------|--|
| Bacharelato em Fisioterapia | |
| Licenciatura em Fisioterapia | |
| Mestre em Fisioterapia | |
| Mestre numa área relacionada | |
| Doutorado em Fisioterapia | |
| Doutorado numa área relacionada | |
| Outro: | |

3.1 Se respondeu “Mestre numa área relacionada”, indique qual: _____

3.2 Se respondeu “Doutorado numa área relacionada”, indique

qual: _____

4. Qual a sua escola de formação base?

| Escola | |
|---|--|
| Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias | |
| Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra | |
| Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde | |
| Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa | |
| Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde | |
| Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Saúde | |
| Universidade de Aveiro – Escola Superior de Saúde de Aveiro | |
| CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave | |
| CESPU – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa | |
| Escola Superior de Saúde Atlântica | |
| Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha | |
| Escola Superior de Saúde de Santa Maria | |
| Escola Superior de Saúde de Alcoitão | |
| Escola Superior de Saúde Egas Moniz | |
| Escola Superior de Saúde Jean Piaget – Algarve | |
| Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia | |
| Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu | |
| Instituto Superior de Saúde do Alto Ave | |
| Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde | |
| Outro: | |

5. Realizou formações pós-graduadas na área de condições músculo-esqueléticas?

☐ Sim

☐ Não

| Formação | |
|--------------------------------|--|
| Cyriax | |
| McKenzie | |
| Maitland | |
| Mobilização do Sistema Nervoso | |
| Reeducação Postural Global | |
| Pilates Clínico | |

| | |
|------------------------------|--|
| Outra(s), Qual(is)? _____ | |
|------------------------------|--|

5.1 Se sim, indique quais? (*Selecione todas as que se apliquem*)

6. Quantos anos de experiência profissional tem?

- ☐ Menos de 3 anos
- ☐ 3-5 anos
- ☐ 6-10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

7. Quantos anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose tem?

- ☐ Menos de 3 anos
- ☐ 3-5 anos
- ☐ 6-10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

8. Qual(ais) o(s) local(ais) de prática clínica onde exerce? (*Selecione todas as que se apliquem*)

- ☐ Hospital
- ☐ Clínica
- ☐ Prestação de serviços domiciliários
- ☐ Outro, qual? _____

9. Qual(ais) o(s) setor(es) onde exerce? (*Selecione todas as que se apliquem*)

- ☐ Público
- ☐ Privado
- ☐ Convencionado
- ☐ Misto

9.1 Se seleccionou mais do que um sector de trabalho, por favor indique qual é que exerce predominantemente. (*Escolha uma das seguintes respostas*)

- ☐ Público
- ☐ Privado
- ☐ Convencionado
- ☐ Misto

10. Qual o contexto onde exerce? Responda a esta questão tendo em conta o **setor onde exerce mais tempo**.

- ☐ Sozinho
- ☐ Em equipa com outros fisioterapeutas
- ☐ Em equipa multidisciplinar
- ☐ Outra, qual? _____

SECÇÃO 2 – Caracterização genérica do padrão de prática

Todos os exemplos presentes ao longo deste questionário não pretendem ser referentes a nenhum tipo de osteoartrose em específico. Apenas são dados para facilitar o raciocínio, contudo devem ser adaptados para os tipos de osteoartrose com que os participantes no questionário lidam na sua prática clínica.

Por favor, responda a este conjunto de questões tendo em conta **o sector onde exerce mais tempo.**

1. Diariamente qual o número de utentes com osteoartrose com os quais intervém?

- ☐ 0-2 utentes
- ☐ 3-5 utentes
- ☐ 6-8 utentes
- ☐ Mais de 8 utentes

2. Quem referencia os utentes com osteoartrose para a Fisioterapia? (*Selecione todas as que se apliquem*)

- ☐ Médico
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Autorreferenciação
- ☐ Outra situação, qual? _____

3. Com que frequência o planeamento da intervenção em utentes com osteoartrose, é:

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|------------------------------------|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Condicionado por prescrição médica | | | | | |
| Definido autonomamente | | | | | |

(Se o seu planeamento da intervenção é definido **autonomamente** passe para a questão 5.)

4. Se o seu planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica, quais os parâmetros incluídos?

- ☐ Número de Sessões
- ☐ Estratégias de Intervenção
- ☐ Ambos

5. Em média, qual o número de sessões que o plano de intervenção em utentes com osteoartrose inclui?

- ☐ 1-4 sessões
- ☐ 5-8 sessões
- ☐ 9-12 sessões
- ☐ 13-16 sessões
- ☐ 17-20 sessões
- ☐ Mais de 20 sessões

6. Com que frequência inclui os seguintes parâmetros de Avaliação Subjetiva na sua avaliação inicial com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Avaliação de <i>red flags</i> | | | | | |
| Avaliação do padrão da dor ao longo do dia | | | | | |
| Avaliação dos fatores que agravam os sintomas | | | | | |
| Avaliação dos fatores que aliviam os sintomas | | | | | |
| Avaliação da irritabilidade | | | | | |
| Avaliação da severidade | | | | | |
| Avaliação da localização dos sintomas (Ex: Preenchimento do <i>Body Chart</i>) | | | | | |
| Avaliação de antecedentes familiares | | | | | |
| Avaliação do tipo de dor (Ex: dor nociceptiva, dor neuropática) | | | | | |
| Avaliação de possíveis estruturas lesadas (Ex: Menisco) | | | | | |
| Avaliação dos fatores contribuintes ambientais/ergonómicos | | | | | |
| Avaliação dos fatores contribuintes psicossociais (<i>yellow, blue e black flags</i>) | | | | | |
| Avaliação das fases de reparação tecidular (Fase aguda inflamatória, de proliferação, de remodelação e de maturação) | | | | | |
| Avaliação da história clínica anterior | | | | | |

7. Com que frequência inclui os seguintes parâmetros de Avaliação Objetiva na sua avaliação inicial com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Observação estática (Ex: Postura) | | | | | |
| Observação dinâmica (Ex: Marcha) | | | | | |
| Movimentos fisiológicos ativos (Ex: Flexão/Extensão do joelho) | | | | | |
| Movimentos funcionais ativos (Ex: Levantar/Sentar) | | | | | |
| Movimentos fisiológicos passivos (Ex: Flexão/Extensão do joelho) | | | | | |
| Movimentos fisiológicos resistidos (Ex: Flexão/Extensão do joelho) | | | | | |
| Testes Neurológicos (Ex: Reflexos, Dermatomas e Miotomas) | | | | | |
| Testes Neurodinâmicos (Ex: SLR, SLUMPTest) | | | | | |
| Palpação dos tecidos moles (Ex: Estado da pele, <i>stiffness</i> muscular) | | | | | |
| Movimentos Acessórios | | | | | |
| Força Muscular (Ex: quadríceps) | | | | | |
| Testes de integridade articular | | | | | |
| Funcionalidade (Ex: WOMAC funcional) | | | | | |

8. Com que frequência considera os seguintes objetivos de intervenção em utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|---|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Alívio da dor | | | | | |
| Qualidade de vida relacionada com a saúde | | | | | |
| Aumento da amplitude articular | | | | | |
| Aumento da força muscular | | | | | |
| Promoção da funcionalidade | | | | | |
| Retorno ao trabalho/atividades diárias | | | | | |
| Prevenção de recorrências | | | | | |
| Educação/Aconselhamento | | | | | |

9. Qual o padrão de prática clínica que utiliza em utentes com osteoartrose? (*Escolha uma das seguintes respostas*)

- ☐ Unimodal (Apenas centrada numa modalidade terapêutica. Ex: Agentes Físicos)
- ☐ Multimodal (Centrada na combinação de modalidades terapêuticas. Ex: Educação e Terapia manual)

10. Com que frequência utiliza as seguintes estratégias de intervenção com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|---|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Educação | | | | | |
| Eletroterapia | | | | | |
| Exercício | | | | | |
| Terapia manual (Ex: mobilização, manipulação, massagem) | | | | | |
| Agentes físicos (Ex: gelo, calor húmido) | | | | | |
| Colocação de tape | | | | | |
| Outra(s) | | | | | |

10.1. Se utiliza “outra(s)” estratégias de intervenção, especifique quais.

11. Na prática clínica com utentes com osteoartrose mede os resultados da intervenção comparativamente à avaliação inicial?

- ☐ Sim
- ☐ Não

(Se a sua resposta for “**Não**” passe **diretamente** para a **secção 3**)

11.1. Se sim, com que frequência avalia os seguintes domínios de resultado?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|---|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Intensidade da Dor | | | | | |
| Amplitude articular | | | | | |
| Força muscular | | | | | |
| Funcionalidade | | | | | |
| Capacidade aeróbia | | | | | |
| Qualidade de vida relacionada com a saúde | | | | | |
| Retorno ao trabalho/atividades diárias | | | | | |
| Perceção global de mudança/ melhoria/ recuperação | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Integração de recomendações no dia-a-dia | | | | | |
| Outro(s) | | | | | |

11.1.1. Se identificou “outro(s)” domínios de resultado, especifique qual(is).

11.2 Caso tenha respondido à pergunta 11.1, quais os instrumentos de medida que utiliza em cada domínio de resultado?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Intensidade da Dor: Escala Numérica da Dor | | | | | |
| Intensidade da Dor: Escala Visual Análoga | | | | | |
| Intensidade da Dor: Outra | | | | | |
| Amplitude articular: Goniometria | | | | | |
| Amplitude articular: Outra | | | | | |
| Força muscular: Dinamómetro | | | | | |
| Força muscular: Outra | | | | | |
| Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index (WOMAC) | | | | | |
| Funcionalidade: <i>Timed up and go test</i> | | | | | |
| Funcionalidade: <i>Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)</i> | | | | | |
| Funcionalidade: <i>30 second chair stand test</i> | | | | | |
| Funcionalidade: <i>4x10m fast-paced walk test</i> | | | | | |
| Funcionalidade: <i>Stair Climb Test</i> | | | | | |
| Funcionalidade: Outra | | | | | |
| Capacidade aeróbia: <i>6-minutes walk test</i> | | | | | |
| Capacidade aeróbia: Outra | | | | | |
| Qualidade de vida relacionada com a saúde: <i>EuroQol</i> | | | | | |
| Qualidade de vida relacionada com a saúde: <i>SF-36</i> | | | | | |
| Qualidade de vida relacionada com a saúde: Outra | | | | | |
| Retorno ao trabalho/atividades diárias: Número de dias | | | | | |
| Retorno ao trabalho/atividades diárias: Outra | | | | | |
| Perceção global de mudança/melhoria/ recuperação: <i>Patients' Global Impression of Change</i> | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Percepção global de mudança/ melhoria/ recuperação: <i>Global Perceived Effect Scale</i> | | | | | |
| Percepção global de mudança/ melhoria/ recuperação: Outra | | | | | |
| Integração de recomendações no dia-a-dia: Pergunta Direta | | | | | |
| Integração de recomendações no dia-a-dia: Demonstração | | | | | |
| Integração de recomendações no dia-a-dia: Repetição da explicação por parte do utente | | | | | |
| Integração de recomendações no dia-a-dia: Outra | | | | | |

11.2.1 Se utiliza “outro(s)” instrumentos de medida, especifique qual(is).

SECÇÃO 3 – Caracterização específica do padrão de prática

Por favor, responda a este conjunto de questões tendo em conta o **sector onde exerce mais tempo.**

1. Com que frequência avalia os seguintes parâmetros?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Sintomas de cancro | | | | | |
| Sintomas de infeção | | | | | |
| Sintomas de artropatia microcristalina (ex: Gota) | | | | | |
| Sintomas de artrite inflamatória (ex: artrite psoriática) | | | | | |
| Sintomas de doença do tecido conjuntivo | | | | | |
| História de derrame marcado e persistente | | | | | |
| História de dor em repouso ou durante a noite | | | | | |
| História familiar de doença cardiovascular | | | | | |
| História familiar de artrite | | | | | |
| História de múltiplas articulações afetadas | | | | | |
| História de início gradual antes dos 40 anos | | | | | |
| História anterior de sintomatologia sistémica (ex: uveíte) | | | | | |
| História de verdadeiro bloqueio | | | | | |
| História de parestesias e dormência | | | | | |
| História de dor claudicante vascular ou espinhal | | | | | |
| História de trauma recente | | | | | |
| História de febre recente | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| História de utilização de corticosteróides por longos períodos de tempo | | | | | |
| História de dor súbita inexplicável | | | | | |
| História de aumento dos níveis de atividade física vigorosa | | | | | |
| História anterior de fratura por <i>stress</i> | | | | | |
| História de dor torácica | | | | | |
| História de tosse persistente | | | | | |
| História anterior de cancro | | | | | |
| História de perda de peso inexplicável | | | | | |
| História de perdas de urina e/ou fezes | | | | | |
| História de imunossupressão (Ex: consumo de drogas, transplante) | | | | | |
| História de HIV | | | | | |
| Avaliação de outras articulações (Ex: Sacroilíaca, Anca) | | | | | |
| Avaliação dos reflexos | | | | | |

2. Com que frequência utiliza as seguintes estratégias de educação na sua prática clínica com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Explicação acerca de aspetos gerais da condição. (ex: mecanismo fisiopatológico) | | | | | |
| Explicação acerca da origem específica da dor | | | | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores genéticos | | | | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores constitucionais (ex: idade, obesidade) | | | | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas | | | | | |
| Explicação acerca da dor e a relação com as alterações radiológicas | | | | | |
| Recomendação para repousar apenas em caso de SOS | | | | | |
| Recomendação para repousar | | | | | |
| Recomendação para atividade física | | | | | |
| Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física | | | | | |
| Recomendação para a perda de peso | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Recomendação para a utilização de auxiliares de marcha | | | | | |
| Recomendação para a utilização de joelheiras e ortóteses | | | | | |
| Explicação do prognóstico favorável da condição | | | | | |
| Alerta de possível prognóstico desfavorável | | | | | |
| Incluir os cuidadores ou acompanhantes | | | | | |
| Indicação de que a maioria das pessoas apresenta melhoria dos sintomas e função | | | | | |
| Explicação de que a dor é benigna | | | | | |
| Recomendação de que a medicação deve ser controlada | | | | | |
| Recomendação de utilizar qualquer tipo de medicação (Ex: Corticosteroides) | | | | | |
| Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide (AINEs) | | | | | |
| Recomendação para voltar ao trabalho o mais rápido possível | | | | | |
| Recomendação para baixa médica | | | | | |
| Aconselhamento para retorno às atividades diárias | | | | | |
| Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da dor | | | | | |
| Educação cognitivo-comportamental | | | | | |
| Educação baseada na neurofisiologia da dor | | | | | |

3. Com que frequência utiliza os seguintes formatos como estratégias de educação na sua prática clínica com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|---|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Discussão individual | | | | | |
| Discussão em grupo | | | | | |
| Demonstração prática | | | | | |
| Modelo/imagem anatómico(a) | | | | | |
| Comunicação escrita (Ex: folheto informativo, manual educativo) | | | | | |
| Vídeo(s) | | | | | |
| Sítio(s) específico(s) na Internet | | | | | |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|
| Outro(s) | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|

3.1. Se utiliza “outro(s) formato(s)” como estratégias de educação, especifique qual(is).

4. Com que frequência inclui os seguintes tipos de exercícios na sua prática clínica com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|---|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Exercícios de mobilidade geral | | | | | |
| Exercícios de estabilidade dinâmica/ Controlo motor | | | | | |
| Exercícios de fortalecimento muscular (ex: fortalecimento quadríceps) | | | | | |
| Treino aeróbio (ex: caminhada) | | | | | |
| Treino de tarefas funcionais específicas | | | | | |
| Exercícios de flexibilidade | | | | | |
| Exercícios de propriocepção | | | | | |
| Treino de marcha | | | | | |
| Exercícios em meio aquático | | | | | |
| Outro(s) | | | | | |

4.1. Se utiliza “outro(s) tipo(s) de exercícios”, especifique qual(is).

5. Com que frequência inclui as seguintes técnicas de terapia manual na sua prática clínica com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|----------------|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Mobilização | | | | | |
| Tracção manual | | | | | |
| Manipulação | | | | | |
| Massagem | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Libertação de <i>Trigger Points</i> miofasciais | | | | | |
| Alongamento muscular | | | | | |
| Outra(s) | | | | | |

5.1 Se utiliza “Outra(s)” técnicas de terapia manual, especifique qual(ais).

6. Com que frequência inclui as seguintes técnicas de eletroterapia na sua prática clínica com utentes com osteoartrose?

| | Nunca | Raramente | Ocasionalmente | Frequentemente | Sempre |
|-------------------------------|-------|-----------|----------------|----------------|--------|
| Ultra-Som | | | | | |
| Terapia de onda curta pulsada | | | | | |
| TENS | | | | | |
| Correntes Interferenciais | | | | | |
| Laser | | | | | |
| Outra(s) | | | | | |

6.1 Se utiliza “Outra(s)” técnicas de eletroterapia, especifique qual(ais).

SECÇÃO 4 – Identificação de barreiras e elementos facilitadores para a prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atual

Por favor, responda a este conjunto de questões tendo em conta o **sector onde exerce mais tempo.**

1. Classifique de acordo com o seu grau de concordância as seguintes barreiras à implementação da prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais:

| Barreiras | Concordo totalmente | Concordo | Nem concordo, nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---|---------------------|----------|----------------------------|----------|---------------------|
| As minhas competências de pesquisa são insuficientes | | | | | |
| Não tenho tempo para pesquisar | | | | | |
| Não tenho tempo suficiente de intervenção para implementar uma prática informada pela evidência | | | | | |
| Sinto dificuldade na compreensão do inglês técnico da literatura científica | | | | | |
| Sinto dificuldade na análise crítica da evidência científica | | | | | |
| Sinto dificuldade em aplicar a evidência científica às características individuais dos utentes na prática clínica | | | | | |
| Sinto falta de interesse por implementar uma prática clínica informada pela evidência | | | | | |
| Oriento a minha prática clínica pela minha experiência profissional | | | | | |
| Não sinto nenhuma vantagem em realizar uma prática informada pela evidência | | | | | |
| A prática informada pela evidência prejudica os utentes | | | | | |
| Discordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais | | | | | |
| Não tenho acesso a bases de dados (Ex: <i>Pubmed</i>) | | | | | |
| Tenho dificuldade em aceder a evidência científica (acesso a cópias de literatura científica) | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Sinto que no meu local de trabalho não é valorizada uma prática informada pela evidência | | | | | |
| Sinto que no meu local de trabalho não é aceite uma prática informada pela evidência | | | | | |
| Outra(s) | | | | | |

1.1. Se identificou “outra(s)” barreira(s), especifique qual(is).

2. Classifique de acordo com o seu grau de concordância os seguintes fatores facilitadores à implementação da prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais:

| Elementos Facilitadores | Concordo totalmente | Concordo | Nem concordo, nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---|---------------------|----------|----------------------------|----------|---------------------|
| Sinto-me incentivado por parte dos meus colegas de trabalho a realizar uma prática informada pela evidência | | | | | |
| Sinto-me incentivado por parte dos meus utentes a realizar uma prática informada pela evidência | | | | | |
| Sinto interesse em desenvolver uma prática informada pela evidência | | | | | |
| Sinto que seria útil frequentar um módulo de formação específica acerca da prática clínica informada pela evidência em utentes com osteoartrose | | | | | |
| Sinto que seria útil utilizar um modelo de orientação clínica específico para utentes com osteoartrose | | | | | |
| Sinto responsabilidade profissional em proporcionar aos utentes a melhor prática disponível | | | | | |
| Sinto responsabilidade profissional em contribuir para o desenvolvimento da profissão | | | | | |
| A prática informada pela evidência beneficia os utentes | | | | | |
| Sinto que através da prática informada pela evidência atinjo melhores resultados com os utentes | | | | | |
| Sinto que no meu local de trabalho é valorizada uma prática informada pela evidência | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Sinto que no meu local de trabalho é aceite uma prática informada pela evidência | | | | | |
| Concordo com as recomendações das normas de orientação clínica atuais | | | | | |
| Outro(s) | | | | | |

2.1. Se identificou “outro(s)” fator(s) facilitador(es), especifique qual(is).

Para terminar este questionário e **se ainda não indicou na resposta ao email de convite**, por favor coloque aqui o email e respetivo nome de **dois fisioterapeutas** que saiba que também intervêm em utentes com osteoartrose e possam participar no estudo.

Mensagem Final:

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver este trabalho, agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

Para qualquer dúvida ou questão adicional, contacte bruna.santos@estudantes.ips.pt.

Apêndice B – Carta Convite enviada ao Comité de Peritos



CARTA CONVITE

Caro(a) Colega

O meu nome é Bruna Bárbara dos Santos, sou estudante do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Condições Músculo-esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e a Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Neste momento estou a desenvolver um questionário que é parte integrante da dissertação final de Mestrado, e que tem como objetivos caracterizar a prática clínica atual dos fisioterapeutas em utentes com osteoartrose e identificar barreiras e fatores facilitadores para a implementação de uma prática clínica informada pela evidência.

O questionário é constituído por quatro secções – “Caracterização dos fisioterapeutas”; “Caracterização genérica do padrão de prática”; “Caracterização específica do padrão de prática”; “Identificação de barreiras e elementos facilitadores para uma prática clínica informada pela evidência”.

Considerando a sua experiência e *expertise* na área das condições músculo-esqueléticas, e da osteoartrose em particular, vimos por este meio, solicitar a sua colaboração para a validação facial e de conteúdo do questionário.

A validade facial é uma medida subjetiva de validade, e diz respeito ao grau em que um instrumento aparenta medir aquilo que de facto pretende medir. Esta medida não é uma forma de validade no sentido de que o instrumento mede o constructo de interesse, mas fornece informação de como potenciais participantes poderão interpretar e responder aos itens (DeVon et al., 2007). A validade de conteúdo examina a medida em que os todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos itens do questionário (DeVon et al., 2007; Terwee et al., 2007).

Assim, solicitamos que após o preenchimento do questionário responda às questões que lhe são colocadas na grelha de avaliação. Solicitamos ainda que contabilize o tempo que despendeu no preenchimento deste questionário e o registe no local indicado.

Caso surja alguma dúvida por favor não hesite em contactar-me através do seguinte *email*: 160512003@estudantes.ips.pt (Bruna Bárbara dos Santos)

Certos que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver este trabalho, agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Bruna Bárbara dos Santos

Apêndice C – Grelha de Avaliação do Comité de Peritos

INSTRUÇÕES

A sua participação tem por objetivo avaliar a validade facial e a validade de conteúdo do questionário.

Relativamente à validade facial pretende-se avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas, de forma a produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar. Especificamente pretende-se: **1. identificar perguntas problemáticas; 2. determinar as razões subjacentes; 3. registar as soluções propostas para uma melhor formulação.**

Relativamente à validade de conteúdo pretende-se examinar se todos os conceitos de interesse do constructo estão devidamente representados pelos itens do questionário divididos em quatro secções, nomeadamente: “Caracterização dos fisioterapeutas”; “Caracterização genérica do padrão de prática”; “Caracterização específica do padrão de prática”; “Identificação de barreiras e elementos facilitadores para uma prática clínica informada pela evidência”.

GRELHA DE AVALIAÇÃO

SECÇÃO 1 – Caracterização dos fisioterapeutas experts

1. Nome: _____
2. Local onde exerce a profissão: _____
3. Tempo de exercício profissional: _____ Anos
4. Quais as suas qualificações académicas? (*Assinale todas as que se aplicam*)

| Grau | |
|--|--|
| Bacharelato em Fisioterapia | |
| Licenciatura em Fisioterapia | |
| Mestre em Fisioterapia | |
| Mestre numa área relacionada Qual? _____ | |
| Doutorado em Fisioterapia | |
| Doutorado numa área relacionada Qual? _____ | |

5. Realizou formações pós-graduadas na área de condições músculo-esqueléticas?

☐ Sim

☐ Não

5.1. Se sim, indique quais? _____

| Formação | |
|---|--|
| Cyriax | |
| McKenzie | |
| Maitland | |
| Mobilização do Sistema Nervoso | |
| Reeducação Postural Global | |
| Método McConnel | |
| Reabilitação em Meio Aquático | |
| Propriocepção e Controlo Neuromuscular do Membro Inferior | |
| Estruturação de Programas de Exercício Terapêutico | |
| Outra(s), Qual(is)? _____ | |

SECÇÃO 2 – Opinião sobre o questionário

| | | | | |
|--|-----|--|-----|--|
| 1. No geral, considera o questionário claro, fácil de compreender e responder? Longo? Adaptado aos futuros respondentes (fisioterapeutas)? Considera as instruções claras? | Sim | | Não | |
| Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, explique porquê. | | | | |

| | | | | |
|--|-----|--|-----|--|
| 2. Tendo em conta a população a quem se dirige o questionário, considera que os itens do questionário são representativos do que se pretende avaliar? | Sim | | Não | |
| <p>Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, especifique qual o item(ns) e porquê.</p> | | | | |
| 3. Considera que todos os itens do questionário são claros e fáceis de compreender e responder? | Sim | | Não | |
| <p>Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, especifique qual o item/palavra e sugira outro(a) para o(a) substituir.</p> | | | | |
| 4. Considera que todas as opções de resposta são claras e coerentes com as questões/ afirmações efetuadas? | Sim | | Não | |
| <p>Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu “não”, especifique qual o item e porquê.</p> | | | | |
| 5. Considera algum item/palavra pouco claro(a) ou ambíguo(a)? | Sim | | Não | |
| <p>Se respondeu “sim”, indique o item/palavra que sugere adicionar e/ou substituir.</p> | | | | |

| | | | | |
|---|------------|--|------------|--|
| | | | | |
| 6. Considera algum item do questionário inapropriado culturalmente? | Sim | | Não | |
| Se respondeu "sim", indique o item e sugira outro para o substituir. | | | | |
| | | | | |
| 7. Considera o <i>lay-out</i> (Ex: formato, tipo e tamanho de letra, cores e contraste) das questões apropriado? E o espaço para as respostas abertas? | Sim | | Não | |
| Por favor, faça os comentários/sugestões que considere relevantes e se respondeu "não", indique a questão e porquê. | | | | |
| | | | | |

Quanto tempo demorou a responder ao questionário? _____ Min.

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice D – Relatório do Comité de Peritos



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

NOVA
MEDICAL
SCHOOL
FACULDADE
DE CIÊNCIAS
MÉDICAS



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

Relatório – Comité de Peritos

- **Início** a 18/11/2017 e **Fim** a 26/12/2017;
- **Número de convites enviados:** 5;
 - **Número de respostas:** 5;

| Número do Perito | Comentário/Sugestão | Decisão |
|------------------|--|---|
| 1 | Tempo de resposta: 20 minutos | |
| | Questionário um pouco extenso. | Todas as questões são importantes para perceber a prática dos fisioterapeutas nas diferentes etapas de uma intervenção. Durante o preenchimento do questionário na plataforma digital <i>LymeSurvey</i> , existe uma barra que indica a percentagem do questionário preenchido, levando a que não haja desistências. Assim, não irão ser realizadas alterações na extensão do questionário. |
| | “Dificuldade em responder à questão 1 e 2 da secção 3 (caracterização específica do padrão de prática), uma vez que os parâmetros avaliados e as estratégias de educação utilizadas são de acordo com a condição do utente. “Ou seja, algumas das questões da avaliação só faço se o exame me conduzir para tal. Tal como no decorrer da intervenção utilizo as estratégias de educação de acordo com as necessidades que surgem.” | Estas questões são para responder de acordo com a frequência em que são utilizados os parâmetros de avaliação, assim como as estratégias de educação, pelo que os itens de resposta são de frequência como “Nunca”, “Raramente” e “Frequentemente”. As respostas não podem ser baseadas as em características de utentes individuais. Por exemplo, se apenas é recomendado repouso em 1 ou 2 pacientes no decorrer de um mês a opção de resposta será “Raramente”. |

| | | |
|---|---|--|
| | | Assim, não foi considerado este comentário. |
| 2 | Tempo de resposta: 60 minutos | |
| | <p>“Tendo em conta que a maior prevalência da osteoartrose é na mão, parece que o questionário só se refere ao joelho.”</p> | <p>Dado que ao longo do questionário não existe nenhuma referência à osteoartrose do joelho, o perito deve ter ficado com esta perceção devido aos exemplos que foram sendo dados nos diferentes itens.</p> <p>Logo, como se pretende que o questionário seja referente à osteoartrose no geral e não à osteoartrose de nenhuma articulação em específico, será apresentada uma breve introdução explicando os exemplos.</p> <p>Contudo segundo a literatura mais atual a osteoartrose mais prevalente é a do joelho, seguindo-se a da mão, ao contrário do que o perito referiu (EpiReumaPt, 2015).</p> <p>Deste modo, não existe concordância relativamente à prevalência da osteoartrose, mas é aceite a questão de não parecer que o questionário apenas se refere à osteoartrose do joelho.</p> |
| 3 | Tempo de resposta: 22'14 min | |
| | Questionário longo (possível não adesão). | Decisão igual ao primeiro comentário/sugestão do perito 1. |
| | Fisioterapeutas com acumulação de funções em contextos diferentes, logo com padrões de prática ajustados (subordinado e autónomo) podem ficar condicionados nas respostas em alguns itens (ex. secção 2, pergunta 2, 3,4,8,10). | Por concordância com o perito, será pedido ao fisioterapeuta para responder às perguntas da secção 2 (caracterização genérica do padrão de prática) e 3 (caracterização específica do padrão de prática), de acordo com o sector onde exerce mais tempo. |
| | Na pergunta 2 da Secção 2 deve existir hipótese ou ficar claro que se pode responder mais do que uma opção, pois podem, de facto, ser seleccionadas todas as opções de resposta. | Esta sugestão foi aceite, pelo que irá ser descrito após a questão, que pode ser seleccionada mais do que uma opção de resposta. |
| | “Na questão 2 da secção 4, no segundo elemento facilitador parece- | O perito está correto, sendo que as palavras “de trabalho” no segundo |

| | | |
|---|--|--|
| | me que existe um erro de cópia com o primeiro pois diz “Sinto-me incentivado por parte dos meus utentes de trabalho...”, as palavras “de trabalho” não me parecem fazer sentido nesta questão.” | item da questão 2 da secção 4 vão ser eliminadas. |
| | Deveria ser criado um formato de preenchimento digital, que facilitaria a adesão ao questionário. | A sugestão é pertinente, uma vez que o preenchimento por parte dos peritos foi em formato Word, no entanto já foi anteriormente definido que o formato final será na plataforma digital <i>LymeSurvey</i> . |
| 4 | Tempo de preenchimento: 15 minutos | |
| | “O preenchimento da secção 2 (caracterização genérica do padrão de prática) não é claro para quem trabalha em mais do que um local. Poderia ser solicitada a caracterização do local onde o fisioterapeuta passa mais horas, por exemplo.” | Esta sugestão foi aceite, pois tal como foi referido na segunda decisão do perito 3, irá ser pedido ao fisioterapeuta para responder às perguntas da secção 2 (caracterização genérica do padrão de prática) e 3 (caracterização específica do padrão de prática), de acordo com o sector onde exerce mais tempo. |
| | “Há itens que não são de resposta clara e que dependem muito dos utentes com quem estamos a trabalhar. Expectativas, fases de recuperação, antecedentes.” | Não consigo compreender se os itens referidos fazem parte da secção 2 e quais são especificamente. Contudo, tal como já foi descrito no segundo comentário/sugestão do perito 1, algumas questões são para ser respondidas de acordo com a frequência em que as técnicas ou as avaliações, por exemplo, são realizadas e não baseadas em características de utentes individuais, logo este comentário não foi considerado. |
| | As tabelas 5 e 6 da secção 3 (caracterização específica do padrão de prática) deveriam incluir um item de “Outros”. | Esta sugestão foi aceite, pois também as duas tabelas anteriores (3 e 4) da mesma secção, também referentes a estratégias de tratamentos, apresentam o item de “Outros”. Deste modo vai ser acrescentado este item na tabela 5 (técnicas de terapia manual) e na tabela 6 (técnicas de eletroterapia). |

| | | |
|----------|---|--|
| | <p>Na questão 1 da secção 4 (Identificação de barreiras e elementos facilitadores...) existe um item que refere “Acesso a base de dados”, mas o profissional pode ter acesso à base de dados (<i>pubmed</i>) e não conseguir aceder aos artigos que lhe interessem.</p> | <p>Estou de acordo com o perito, sendo que devem existir dois itens diferentes, um referente ao “Acesso a base de dados” e outro referente ao “Acesso a artigos de interesse”.</p> <p>Relendo todos os itens desta questão é possível verificar que os dois itens já existem (“acesso a evidência científica - acesso a cópias de literatura científica” e “acesso a bases de dados”), no entanto encontram-se distantes do um do outro na tabela.</p> <p>Aceitando o comentário do perito, os dois itens vão ser colocados um seguido do outro.</p> |
| | <p>As tabelas 1 e 2 da secção 4 são muito repetitivas.</p> | <p>Existem vários itens que são semelhantes nas tabelas 1 e 2 da secção 4. No entanto, a primeira tabela é referente às barreiras e a segunda referente aos facilitadores para a prática de acordo com as recomendações das normas de orientação clínica atual.</p> <p>A semelhança de alguns itens deve-se ao facto de um item poder ser barreira para 1 fisioterapeuta e facilitador para outro. Assim não foram realizadas alterações com base no comentário do perito.</p> |
| | <p>Dificuldade em seleccionar os itens de “cruz” se o formato for em Word.</p> | <p>Assim como referido na última sugestão do perito 3, foi definido, anteriormente à validação facial e de conteúdo pelos peritos, que o formato final será em plataforma digital <i>LymeSurvey</i>. Logo, não existirão dificuldades na seleção de qualquer item.</p> |
| 5 | Tempo de preenchimento: 20 minutos | |

Apêndice E – Relatório do Estudo Piloto



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Relatório – Estudo Piloto

O estudo piloto teve como objetivo testar a plataforma online *LymeSurvey*, e avaliar a construção do questionário *online* para perceber se estava pronto a ser disponibilizado para o estudo final.

Esta avaliação foi concretizada através do preenchimento de uma secção presente no final do questionário, composta por 5 questões, com a opção de “sim” e “não” e respetivo comentário. Este estudo decorreu por um período de duas semanas, sendo enviados lembretes após a primeira semana para aumentar a taxa de resposta.

- **Início** a 02/03/2018 e **Fim** a 16/03/2018;
- **Número de convites enviados:** 15;
 - **Número de respostas:** 11;

Questões:

- Questão 1: Considera as instruções do questionário claras e fáceis de compreender?
- Questão 2: Encontrou alguma dificuldade técnica ao longo do preenchimento do questionário?
- Questão 3: Encontrou algum erro informático ao longo do preenchimento do questionário?
- Questão 4: Tempo de resposta ao questionário?
- Questão 5: De forma global, considera que o questionário é fácil de responder?

Análise:

| Pergunta | Resposta “Sim” | Resposta “Não” |
|----------|---|----------------|
| AQ1 | 9 | 2 |
| AQ2 | 2 | 9 |
| AQ3 | 1 | 10 |
| AQ4 | Tempo médio de resposta: 19,36 minutos | |
| AQ5 | 7 | 4 |

| Número do Questionário | Comentário/Sugestão | Decisão |
|------------------------|---|---|
| 1 | Tempo de resposta: 23 minutos | |
| | Não considera as instruções do questionário simples e fáceis de responder. (Não justificou) | Não foi realizada nenhuma alteração, pois apesar da resposta negativa, não apresentou nenhum comentário e/ou sugestão. |
| 2 | Tempo de resposta: 20 minutos | |
| 3 | Tempo de resposta: 15 minutos | |
| | <u>Dificuldade Técnica:</u> Na pergunta 11 deveria estar especificado para que pergunta o participante se deve dirigir caso responda “Não”. | Por concordância com o participante, na pergunta 11 poderá ser acrescentado: “Se a sua resposta for “Não” passe diretamente para a secção 3”. |
| | <u>Dificuldade Técnica:</u> Na pergunta 11.2 está escrito “Caso tenha respondido à pergunta anterior...”, o que leva a pensar que se está a referir à pergunta 11.1.1, pelo que sugiro que mudasse para “Caso tenha respondido à pergunta 11.1...” | Na pergunta 11.2 vai ser aceite a sugestão e a pergunta vai ser modificada para “Caso tenha respondido à pergunta 11.1, quais os instrumentos de medida que utiliza em cada domínio de resultado?” |
| | <u>Erro Informático:</u> A pergunta 11.2 está como obrigatória, contudo se o participante não medir os resultados de intervenção não pode responder a esta pergunta, por isso deveria ser opcional. | A sugestão do participante vai ser aceite, pois, a questão 11.2 apenas tem de ser respondida caso o participante responda “Sim” na pergunta 11. Deste modo a pergunta 11.2 vai ser colocada como opcional. |
| | <u>Erro Informático:</u> “Em algumas perguntas aparece o quadro de ajuda, mas se carregarmos não aparece nada.” | A sugestão é pertinente uma vez que não existe nenhuma descrição para ajudar, assim irão ser eliminados todos os quadros de ajuda que não apresentem descrição. |
| 4 | Tempo de Resposta: 20 minutos | |
| | <u>Opinião Global:</u> O questionário é muito extenso. | Todas as questões são importantes para perceber a prática dos fisioterapeutas nas diferentes etapas de uma intervenção. A presença da barra que indica a percentagem do questionário preenchido, bem como a opção de |

| | | |
|-----------|---|--|
| | | guardar e continuar mais tarde leva a que possa haver menos desistências. Assim, não irão ser realizadas alterações na extensão do questionário. |
| 5 | Tempo de Resposta: 10 minutos | |
| 6 | Tempo de Resposta: 30 minutos | |
| | <u>Dificuldade Técnica:</u> “Numa secção não quis atribuir “outro” e fui obrigada para poder passar à fase seguinte.” | O comentário é pertinente, contudo não tendo sido especificado a pergunta e a secção em que foi obrigatório seleccionar a opção “outro”, leva a que tenha de procurar em todas as perguntas com essa opção. No entanto, irão ser revistas todas as perguntas, para que o participante não tenha de seleccionar essa mesma opção antes de passar à fase seguinte. |
| | <u>Opinião Global:</u> Questionário muito demorado. Não dá vontade de dar muitas sugestões e outras hipóteses por ser muito grande. | Decisão igual ao primeiro comentário/sugestão do questionário 4. |
| 7 | Tempo de Resposta: 20 minutos | |
| | <u>Opinião Global:</u> O questionário demora muito tempo a ser preenchido. Tive que o fazer em duas sessões. Isto poderá demover a adesão às respostas a este inquérito. | Decisão igual ao primeiro comentário/sugestão do questionário 4. |
| 8 | Tempo de Resposta: 15 minutos | |
| 9 | Tempo de Resposta: 20 minutos | |
| | <u>Opinião Global:</u> Demasiado extenso. | Decisão igual ao primeiro comentário/sugestão do questionário 4. |
| 10 | Tempo de Resposta: 20 minutos | |
| 11 | Tempo de Resposta: 20 minutos | |

Apêndice F – Caracterização da prática clínica relativamente à avaliação de Red Flags/Patologia Específica

Figura 1 - Parâmetros relacionados com a patologia cancerígena avaliados pelos participantes.

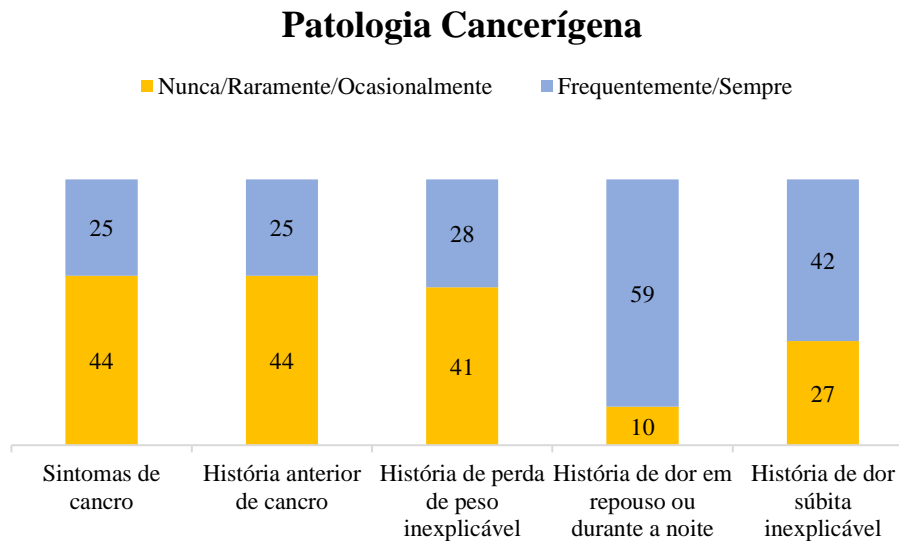


Figura 2 - Parâmetros relacionados com distúrbios inflamatórios/artrite/artropatia microcristalina avaliados pelos participantes.

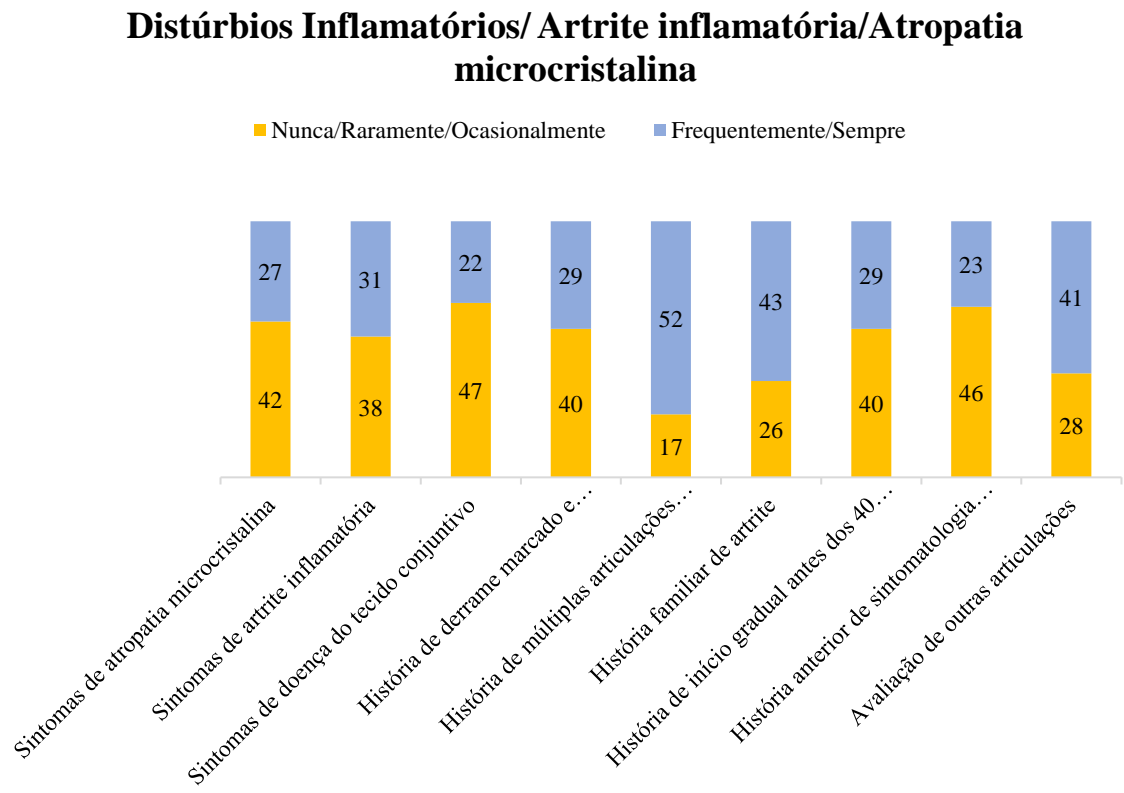


Figura 3 - Parâmetros relacionados com infecção e fratura avaliados pelos participantes.

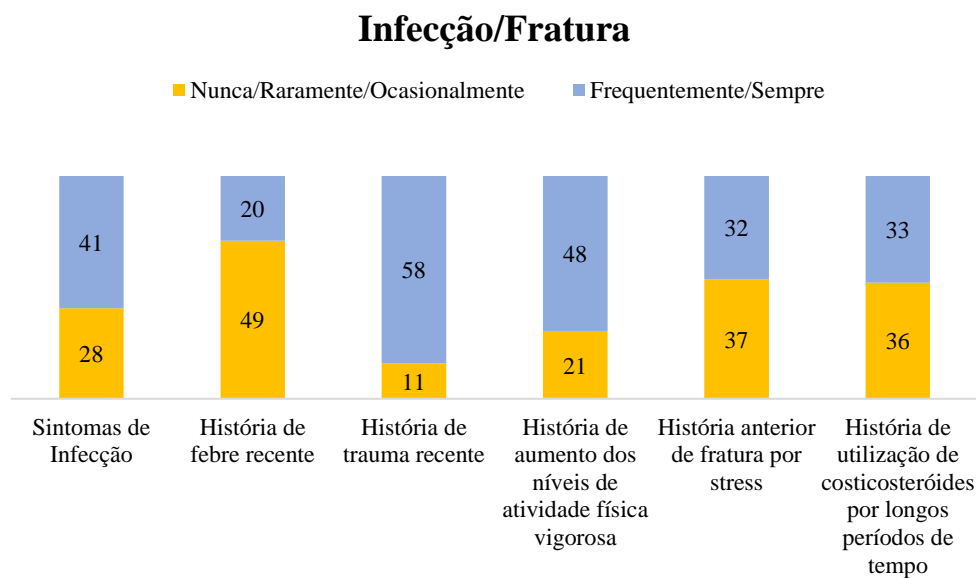
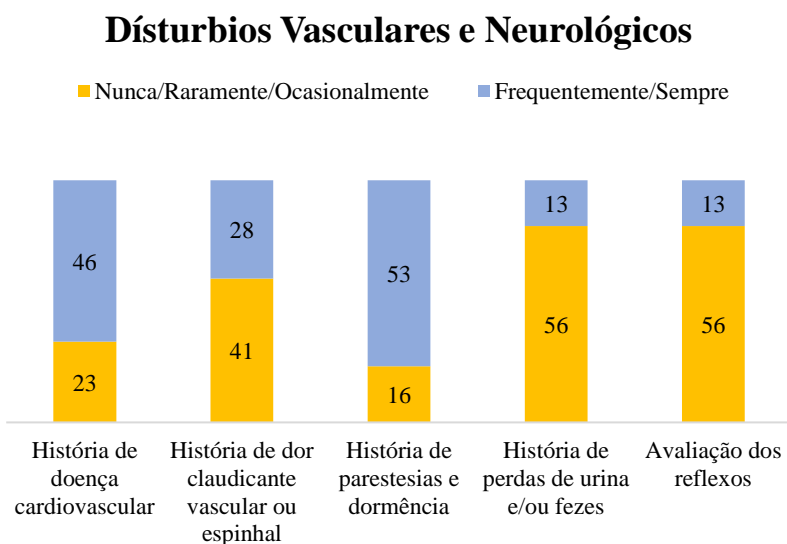


Figura 4 - Parâmetros relacionados com distúrbios vasculares e neurológicos avaliados pelos participantes.



Apêndice G - Caracterização da prática clínica relativamente à Educação do Utente

Figura 1 - Explicações relacionadas com a causa da dor fornecidas pelos participantes.

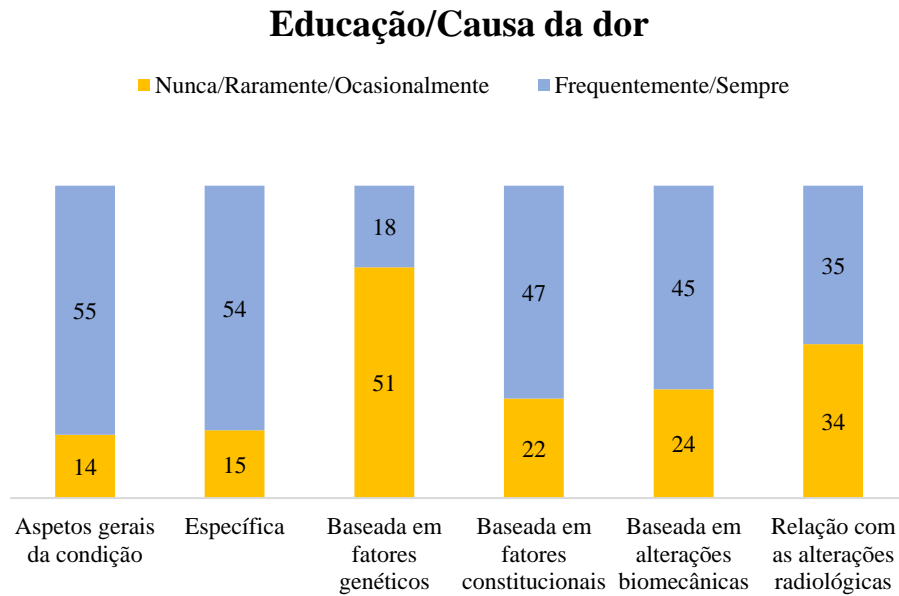


Figura 2 - Explicações relativas ao prognóstico da condição fornecidas pelos participantes.

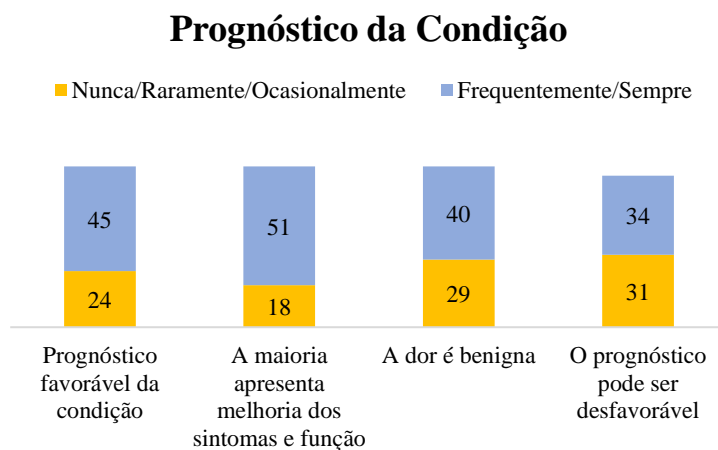


Figura 3 - Recomendações acerca da medicação dadas pelos participantes.

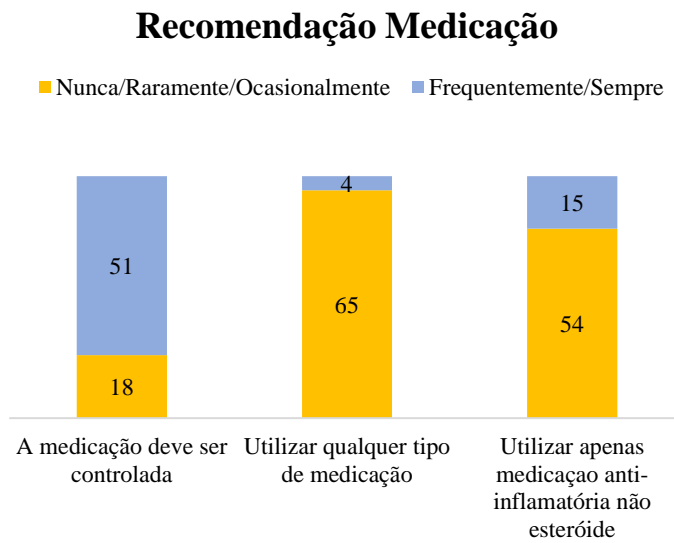
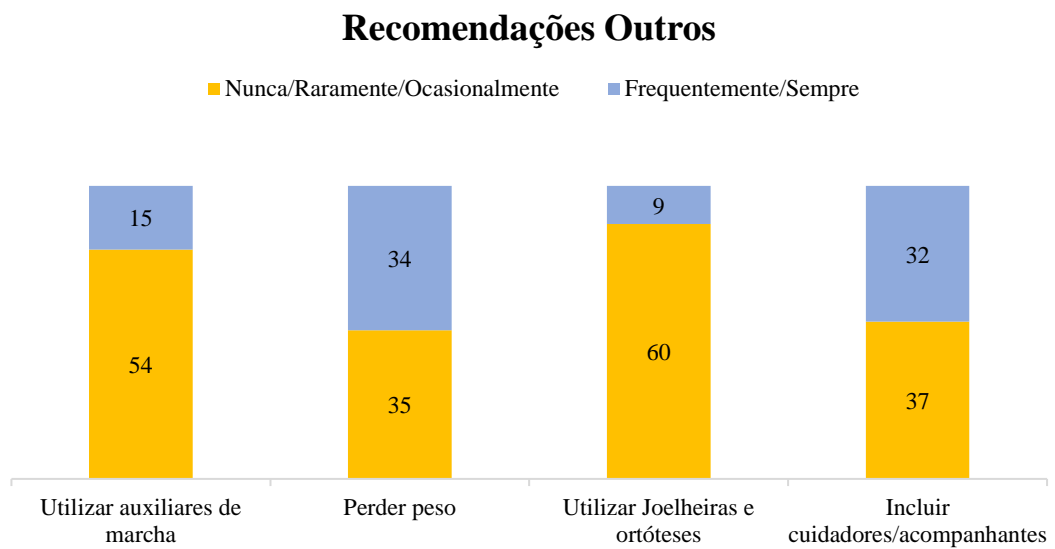
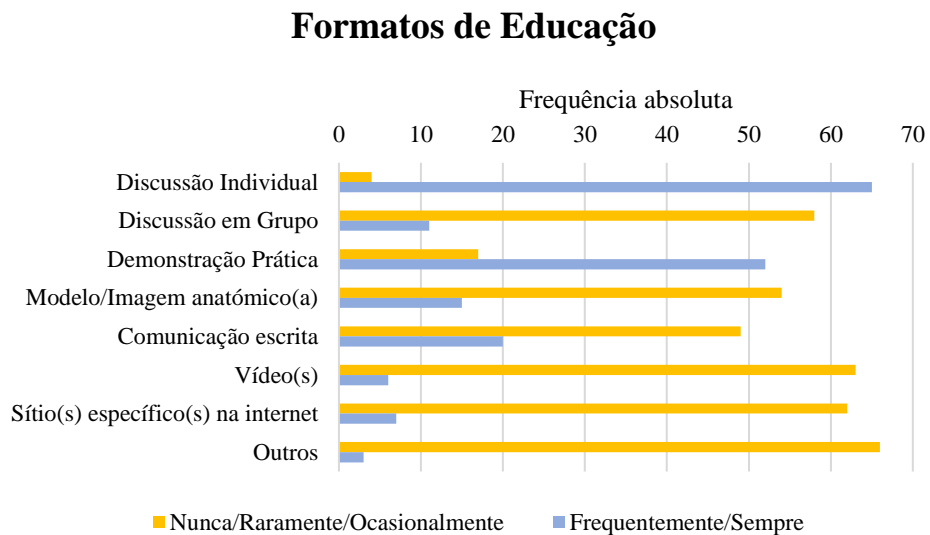


Figura 4 - Outras recomendações dadas pelos participantes.



Apêndice H – Caracterização da prática clínica relativamente aos Formatos de Educação

Figura 1 - Formatos de educação utilizados pelos participantes.



Apêndice I – Tabelas de resultados do Teste Qui- Quadrado

Estão assinalados a amarelo as associações com significância estatística.

Red Flags/ Patologia Específica

Tabela 1 - Distribuição de frequências absolutas para a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e sua associação com a avaliação de *Red Flags/ Patologia Específica*.

| Parâmetros estudados | Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas | |
|---|--|-----|
| | Sim | Não |
| Sintomas de infeção | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 16 | 12 |
| Frequentemente/Sempre | 23 | 18 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.931 | | |
| História de febre recente | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 27 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 12 | 8 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.710 | | |
| Sintomas de cancro | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 26 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 13 | 12 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.568 | | |
| História de perda de peso | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 20 | 21 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 9 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.116 | | |
| História de dor em repouso ou durante a noite | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 2 | 8 |
| Frequentemente/Sempre | 37 | 22 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.016^a | | |
| História de dor súbita inexplicável | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 16 |
| Frequentemente/Sempre | 28 | 14 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.034 | | |

| | | |
|--|----|----|
| História anterior de cancro | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 8 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.147 | | |
| História de trauma recente | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 4 | 7 |
| Frequentemente/Sempre | 35 | 23 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.190* | | |
| História de aumento dos níveis de atividade física vigorosa | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 8 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 31 | 17 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.041 | | |
| História anterior de fratura por stress | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 20 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 13 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.657 | | |
| História de utilização de corticosteroides por longos períodos de tempo | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 23 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 7 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.005 | | |
| Sintomas de artropatia microcristalina | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 20 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 10 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.387 | | |
| Sintomas de artrite inflamatória | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 21 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 18 | 13 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.815 | | |
| Sintomas de doença do tecido conjuntivo | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 25 | 22 |

| | | |
|--|----|----|
| Frequentemente/Sempre | 14 | 8 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.415 | | |
| História de derrame marcado e persistente | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 21 | 8 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.023 | | |
| História de múltiplas articulações afetadas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 7 | 10 |
| Frequentemente/Sempre | 32 | 20 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.142 | | |
| História familiar de artrite | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 17 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.395 | | |
| História de início gradual antes dos 40 anos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 21 | 8 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.023 | | |
| História anterior de sintomatologia sistêmica | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 24 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 6 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.039 | | |
| Avaliação de outras articulações | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 9 | 19 |
| Frequentemente/Sempre | 30 | 11 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.001 | | |
| História de doença | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 12 |
| Frequentemente/Sempre | 28 | 18 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.303 | | |

| História de dor claudicante vascular ou espinhal | | |
|---|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 20 | 21 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 9 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.116 | | |

História de parestesias e

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 5 | 11 |
| Frequentemente/Sempre | 34 | 19 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.020

| História de perdas de urina e/ou fezes | | |
|---|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 30 | 26 |
| Frequentemente/Sempre | 9 | 4 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.305 | | |

Avaliação de reflexos

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 25 |
| Frequentemente/Sempre | 8 | 5 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.685

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 2 - Distribuição de frequências absolutas para o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose e sua associação com as *Red Flags*/Patologias específicas.

| Parâmetros estudados | Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose | |
|-----------------------------|--|--------------------|
| | ≤ 5 anos | > 5 anos |

Sintomas de infeção

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 19 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 23 | 18 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.326

História de febre recente

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 29 | 20 |
| Frequentemente/Sempre | 13 | 7 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.653

Sintomas de cancro

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 13 |
|--------------------------------|-----------|-----------|

| | | |
|-----------------------|----|----|
| Frequentemente/Sempre | 11 | 14 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.030

| | | |
|----------------------------------|----|----|
| História de perda de peso | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 28 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 14 | 14 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.126 | | |

| | | |
|--|----|----|
| História de dor em repouso ou durante a noite | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 8 | 2 |
| Frequentemente/Sempre | 34 | 25 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.295^a | | |

| | | |
|--|----|----|
| História de dor súbita inexplicável | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 17 | 10 |
| Frequentemente/Sempre | 25 | 17 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.775 | | |

| | | |
|------------------------------------|----|----|
| História anterior de cancro | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 24 | 20 |
| Frequentemente/Sempre | 18 | 7 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.153 | | |

| | | |
|-----------------------------------|----|----|
| História de trauma recente | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 7 | 4 |
| Frequentemente/Sempre | 35 | 23 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 1.000* | | |

| | | |
|--|----|----|
| História de aumento dos níveis de atividade física vigorosa | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 10 | 11 |
| Frequentemente/Sempre | 32 | 16 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.136 | | |

| | | |
|--|----|----|
| História anterior de fratura por stress | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 19 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 23 | 9 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.082 | | |

| | | |
|--|----|----|
| História de utilização de corticosteroides por longos períodos de tempo | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 21 | 15 |
| Frequentemente/Sempre | 21 | 12 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.652 | | |
| Sintomas de artropatia microcristalina | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 24 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 18 | 9 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.429 | | |
| Sintomas de artrite inflamatória | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 25 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 14 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.354 | | |
| Sintomas de doença do tecido conjuntivo | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 28 | 19 |
| Frequentemente/Sempre | 14 | 8 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.747 | | |
| História de derrame marcado e persistente | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 24 | 16 |
| Frequentemente/Sempre | 18 | 11 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.862 | | |
| História de múltiplas articulações afetadas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 12 | 5 |
| Frequentemente/Sempre | 30 | 22 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.344 | | |
| História familiar de artrite | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 11 |
| Frequentemente/Sempre | 27 | 16 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.647 | | |
| História de início gradual antes dos 40 anos | | |

| | | |
|---|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 23 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 10 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.501 | | |
| História anterior de sintomatologia sistêmica | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 29 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 13 | 10 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.601 | | |
| Avaliação de outras articulações | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 27 | 14 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.305 | | |
| História de doença | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 8 |
| Frequentemente/Sempre | 27 | 19 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.601 | | |
| História de dor claudicante vascular ou espinhal | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 27 | 14 |
| Frequentemente/Sempre | 15 | 13 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.305 | | |
| História de parestesias e | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 12 | 4 |
| Frequentemente/Sempre | 30 | 23 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.186 | | |
| História de perdas de urina e/ou fezes | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 36 | 20 |
| Frequentemente/Sempre | 6 | 7 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.228 | | |
| Avaliação de reflexos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 33 | 23 |
| Frequentemente/Sempre | 9 | 4 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.493

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 3 - Distribuição de frequências absolutas para a frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica e sua associação com as *Red Flags*/Patologia específica.

| Parâmetros estudados | Condicionamento do planeamento da intervenção por prescrição médica | |
|--|---|-----------------------|
| | Nunca/Raramente/Ocasionalmente | Frequentemente/Sempre |
| Sintomas de infeção | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 19 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 15 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.704 | | |
| História de febre recente | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 14 | 6 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.594 | | |
| Sintomas de cancro | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 27 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 18 | 7 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.373 | | |
| História de perda de peso | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 24 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 21 | 7 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.159 | | |
| História de dor em repouso ou durante a noite | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 7 | 3 |
| Frequentemente/Sempre | 38 | 21 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 1.000^a | | |
| História de dor súbita inexplicável | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 19 | 8 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 16 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.471 | | |
| História anterior de cancro | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 29 | 15 |
| Frequentemente/Sempre | 16 | 9 |

| | | |
|-----------------|----|----|
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.873 | | |

| História de trauma recente | | |
|-----------------------------------|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 8 | 3 |
| Frequentemente/Sempre | 37 | 21 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.736^a | | |

| História de aumento dos níveis de atividade física vigorosa | | |
|--|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 16 | 5 |
| Frequentemente/Sempre | 29 | 19 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.206 | | |

| História anterior de fratura por stress | | |
|--|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 26 | 11 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 13 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.343 | | |

| História de utilização de corticosteroides por longos períodos de tempo | | |
|--|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 21 | 15 |
| Frequentemente/Sempre | 24 | 9 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.210 | | |

| Sintomas de artropatia microcristalina | | |
|---|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 28 | 14 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 10 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.753 | | |

| Sintomas de artrite inflamatória | | |
|---|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 26 | 12 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 12 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.536 | | |

| Sintomas de doença do tecido conjuntivo | | |
|--|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 29 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 16 | 6 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.370 | | |

| | | |
|---|----|----|
| História de derrame marcado e persistente | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 25 | 15 |
| Frequentemente/Sempre | 20 | 9 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.578 | | |
| História de múltiplas articulações afetadas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 6 |
| Frequentemente/Sempre | 34 | 18 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.959 | | |
| História familiar de artrite | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 17 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 28 | 15 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.982 | | |
| História de início gradual antes dos 40 anos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 26 | 14 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 10 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.964 | | |
| História anterior de sintomatologia sistêmica | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 29 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 16 | 7 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.592 | | |
| Avaliação de outras articulações | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 19 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 15 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.704 | | |
| História de doença | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 10 |
| Frequentemente/Sempre | 32 | 14 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.284 | | |
| História de dor claudicante vascular ou espinhal | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 28 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 11 |

| | | |
|---|----|----|
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.516 | | |
| História de parestesias e | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 5 |
| Frequentemente/Sempre | 34 | 19 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.735 | | |
| História de perdas de urina e/ou fezes | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 34 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 11 | 2 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.121^a | | |
| Avaliação de reflexos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 39 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 6 | 7 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.194^a | | |

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Modalidades de Intervenção

Tabela 4 - Distribuição de frequências absolutas para a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e sua associação com as modalidades de intervenção.

| Parâmetros estudados | Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas | |
|--------------------------------|--|-----|
| | Sim | Não |
| Educação | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 0 | 2 |
| Frequentemente/Sempre | 39 | 28 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.185^a | | |
| Eletroterapia | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 24 | 15 |
| Frequentemente/Sempre | 14 | 16 |
| Total | 38 | 31 |
| p= 0.218 | | |
| Exercício | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 1 | 0 |
| Frequentemente/Sempre | 38 | 30 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 1.00^a | | |

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Terapia manual | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 3 | 1 |
| Frequentemente/Sempre | 36 | 29 |
| Total | 39 | 30 |
| p=0.627^a | | |
| Agentes físicos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 20 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 19 | 17 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.512 | | |
| Colocação de tape | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 34 | 24 |
| Frequentemente/Sempre | 5 | 6 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.514^a | | |
| Outra(s) | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 34 | 29 |
| Frequentemente/Sempre | 5 | 1 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.223^a | | |

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 5 - Distribuição de frequências absolutas para o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose e sua associação com as modalidades de intervenção.

| Parâmetros estudados | Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose | |
|--------------------------------|---|----------|
| | ≤ 5 anos | > 5 anos |
| Educação | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 2 | 0 |
| Frequentemente/Sempre | 40 | 27 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.517^a | | |
| Eletroterapia | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 21 | 17 |
| Frequentemente/Sempre | 21 | 10 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.291 | | |
| Exercício | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 0 | 1 |
| Frequentemente/Sempre | 42 | 26 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.391^a

| Terapia manual | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 0 | 4 |
| Frequentemente/Sempre | 42 | 23 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.020^a

| Agentes físicos | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 15 |
| Frequentemente/Sempre | 24 | 12 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.303

| Colocação de tape | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 37 | 21 |
| Frequentemente/Sempre | 5 | 6 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.319^a

| Outra(s) | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 41 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 1 | 5 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.031^a

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 6 - Distribuição de frequências absolutas para a frequência com que o planejamento da intervenção é condicionado por prescrição médica e sua associação com as modalidades de intervenção.

| Parâmetros estudados | Condicionamento do planejamento da intervenção por prescrição médica | |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| | Nunca/Raramente/Ocasionalmente | Frequentemente/Sempre |
| Educação | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 1 | 1 |
| Frequentemente/Sempre | 44 | 23 |
| Total | 45 | 24 |

p= 1.000^a

| Eletroterapia | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 7 |
| Frequentemente/Sempre | 14 | 17 |
| Total | 45 | 24 |

p= 0.002

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Exercício | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 1 | 0 |
| Frequentemente/Sempre | 44 | 24 |

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Total | 45 | 24 |
| p= 1.000^a | | |
| Terapia manual | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 4 | 0 |
| Frequentemente/Sempre | 41 | 24 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.290^a | | |
| Agentes físicos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 24 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 21 | 15 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.210 | | |
| Colocação de tape | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 35 | 23 |
| Frequentemente/Sempre | 10 | 1 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.082^a | | |
| Outra(s) | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 41 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 4 | 2 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 1.000^a | | |

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Estratégias de Educação

Tabela 7 - Distribuição de frequências absolutas para a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e sua associação com as estratégias de educação.

| Parâmetros estudados | Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas | |
|--|--|-----|
| | Sim | Não |
| Explicação acerca dos aspetos gerais da condição | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 8 | 6 |
| Frequentemente/Sempre | 31 | 24 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.958 | | |
| Explicação acerca da origem específica da dor | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 9 | 6 |
| Frequentemente/Sempre | 30 | 24 |
| Total | 39 | 30 |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| p= 0.759 | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores genéticos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 29 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 10 | 8 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.923 | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 21 |
| Total | 39 | 30 |
| p=0.768 | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 24 | 21 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.464 | | |
| Explicação acerca da dor e a relação com as alterações biomecânicas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 19 |
| Frequentemente/Sempre | 24 | 11 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.041 | | |
| Explicação do prognóstico favorável da condição | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 11 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 19 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.773 | | |
| Indicação de que a maioria das pessoas apresenta melhoria dos sintomas e função | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 10 | 8 |
| Frequentemente/Sempre | 29 | 22 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.923 | | |
| Explicação de que a dor é | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 16 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 23 | 17 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.847

| Alerta para possível prognóstico desfavorável | | |
|--|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 17 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.281

Recomendação para repousar apenas em caso de SOS

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 15 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 15 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.162

| Recomendação para repousar | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 29 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 10 | 8 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.923

Recomendação para atividade física

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 2 | 6 |
| Frequentemente/Sempre | 37 | 24 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.070^a

| Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física | | |
|--|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 33 | 23 |
| Frequentemente/Sempre | 6 | 7 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.403

Aconselhamento para retorno às atividades diárias

| | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 7 |
| Frequentemente/Sempre | 28 | 23 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.648

| Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da | | |
|---|-----------|-----------|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 3 | 5 |
| Frequentemente/Sempre | 36 | 25 |
| Total | 39 | 30 |

p= 0.281^a

| | | |
|--|----|----|
| Recomendação de que a medicação deve ser controlada | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 7 |
| Frequentemente/Sempre | 28 | 23 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.648 | | |
| Recomendação para utilizar qualquer tipo de medicação | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 38 | 27 |
| Frequentemente/Sempre | 1 | 3 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.310^a | | |
| Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 28 | 26 |
| Frequentemente/Sempre | 11 | 4 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.138 | | |
| Recomendação para a perda de peso | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 17 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.281 | | |
| Recomendação para a utilização de auxiliares de marcha | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 30 | 24 |
| Frequentemente/Sempre | 9 | 6 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.759 | | |
| Recomendação para a utilização de joelheiras e ortóteses | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 33 | 27 |
| Frequentemente/Sempre | 6 | 3 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.722^a | | |
| Incluir os cuidadores ou acompanhantes | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 19 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 20 | 12 |
| Total | 39 | 30 |
| p= 0.352 | | |

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 8 - Distribuição de frequências absolutas para o número de anos de experiência de prática clínica em utentes com osteoartrose e sua associação com as Estratégias de educação.

| Parâmetros estudados | Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose | |
|--|---|----------|
| | ≤ 5 anos | > 5 anos |
| Explicação acerca dos aspetos gerais da condição | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 5 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 37 | 18 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.031 | | |
| Explicação acerca da origem específica da dor | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 7 | 8 |
| Frequentemente/Sempre | 35 | 19 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.203 | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores genéticos | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 28 | 23 |
| Frequentemente/Sempre | 14 | 4 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.087 | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 10 | 12 |
| Frequentemente/Sempre | 32 | 15 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.073 | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 9 |
| Frequentemente/Sempre | 27 | 18 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.839 | | |
| Explicação acerca da dor e a relação com as alterações radiológicas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 12 |
| Frequentemente/Sempre | 20 | 15 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.520 | | |

| | | |
|--|----|----|
| Explicação do prognóstico favorável da condição | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 17 | 7 |
| Frequentemente/Sempre | 25 | 20 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.216 | | |
| Indicação de que a maioria das pessoas apresenta melhoria dos sintomas e função | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 12 | 6 |
| Frequentemente/Sempre | 30 | 21 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.558 | | |
| Explicação de que a dor é | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 16 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 14 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.409 | | |
| Alerta para possível prognóstico desfavorável | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 20 | 14 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.731 | | |
| Recomendação para repousar apenas em caso de SOS | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 17 | 11 |
| Frequentemente/Sempre | 25 | 16 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.983 | | |
| Recomendação para repousar | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 20 |
| Frequentemente/Sempre | 11 | 7 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.981 | | |
| Recomendação para atividade física | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 6 | 2 |
| Frequentemente/Sempre | 36 | 25 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.467^a | | |
| Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física | | |

| | | |
|--|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 33 | 23 |
| Frequentemente/Sempre | 9 | 4 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.493 | | |
| Aconselhamento para retorno às atividades diárias | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 11 | 7 |
| Frequentemente/Sempre | 31 | 20 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.981 | | |
| Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 7 | 1 |
| Frequentemente/Sempre | 35 | 26 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.136^a | | |
| Recomendação de que a medicação deve ser controlada | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 12 | 6 |
| Frequentemente/Sempre | 30 | 21 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.558 | | |
| Recomendação para utilizar qualquer tipo de medicação | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 38 | 27 |
| Frequentemente/Sempre | 4 | 0 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.150^a | | |
| Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 32 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 10 | 5 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.603 | | |
| Recomendação para a perda de peso | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 22 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 20 | 14 |
| Total | 42 | 27 |
| p= 0.731 | | |
| Recomendação para a utilização de auxiliares de marcha | | |

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 32 | 22 |
| Frequentemente/Sempre | 10 | 5 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.603

Recomendação para a utilização de joelheiras e ortóteses

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 36 | 24 |
| Frequentemente/Sempre | 6 | 3 |
| Total | 42 | 27 |

p= 1.000^a

Incluir os cuidadores ou acompanhantes

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 25 | 12 |
| Frequentemente/Sempre | 17 | 15 |
| Total | 42 | 27 |

p= 0.220

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 9 - Distribuição de frequências absolutas para a frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica e sua associação com as estratégias de educação.

| Parâmetros estudados | Condicionamento do planeamento da intervenção por prescrição médica | |
|----------------------|---|-----------------------|
| | Nunca/Raramente/Ocasionalmente | Frequentemente/Sempre |

Explicação acerca dos aspetos gerais da condição

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 12 | 2 |
| Frequentemente/Sempre | 33 | 22 |
| Total | 45 | 24 |

p= 0.115^a

Explicação acerca da origem específica da dor

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 2 |
| Frequentemente/Sempre | 32 | 22 |
| Total | 45 | 24 |

p= 0.049

Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores genéticos

| | | |
|--------------------------------|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 20 |
| Frequentemente/Sempre | 14 | 4 |
| Total | 45 | 24 |

p= 0.193

| | | |
|--|----|----|
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 4 |
| Frequentemente/Sempre | 27 | 20 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.048 | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em alterações biomecânicas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 19 | 5 |
| Frequentemente/Sempre | 26 | 19 |
| Total | 45 | 24 |
| p=0.076 | | |
| Explicação acerca da dor e a relação com as alterações radiológicas | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 21 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 24 | 11 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.553 | | |
| Explicação do prognóstico favorável da condição | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 17 | 7 |
| Frequentemente/Sempre | 28 | 17 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.474 | | |
| Indicação de que a maioria das pessoas apresenta melhoria dos sintomas e função | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 10 | 8 |
| Frequentemente/Sempre | 35 | 16 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.317 | | |
| Explicação de que a dor é | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 11 |
| Frequentemente/Sempre | 27 | 13 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.640 | | |
| Alerta para possível prognóstico desfavorável | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 25 | 10 |
| Frequentemente/Sempre | 20 | 14 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.272 | | |

| | | |
|--|----|----|
| Recomendação para repousar apenas em caso de SOS | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 13 |
| Frequentemente/Sempre | 30 | 11 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.093 | | |
| Recomendação para repousar | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 33 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 12 | 6 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.881 | | |
| Recomendação para atividade física | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 3 | 5 |
| Frequentemente/Sempre | 42 | 19 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.116 | | |
| Recomendação para diminuição dos níveis de atividade física | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 38 | 18 |
| Frequentemente/Sempre | 7 | 6 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.352^a | | |
| Aconselhamento para retorno às atividades diárias | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 12 | 6 |
| Frequentemente/Sempre | 33 | 18 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.881 | | |
| Recomendação para realizar movimento dentro do limiar da | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 5 | 3 |
| Frequentemente/Sempre | 40 | 21 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.864 | | |
| Recomendação de que a medicação deve ser controlada | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 10 | 8 |
| Frequentemente/Sempre | 35 | 16 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.317 | | |
| Recomendação para utilizar qualquer tipo de medicação | | |

| | | |
|--|----|----|
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 42 | 23 |
| Frequentemente/Sempre | 3 | 1 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 1.000^a | | |
| Recomendação para utilizar apenas medicação anti-inflamatória não esteroide | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 33 | 21 |
| Frequentemente/Sempre | 12 | 3 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.174 | | |
| Recomendação para a perda de peso | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 23 | 12 |
| Frequentemente/Sempre | 22 | 12 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.930 | | |
| Recomendação para a utilização de auxiliares de marcha | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 35 | 19 |
| Frequentemente/Sempre | 10 | 5 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.894 | | |
| Recomendação para a utilização de joelheiras e ortóteses | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 40 | 20 |
| Frequentemente/Sempre | 5 | 4 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.709^a | | |
| Incluir os cuidadores ou acompanhantes | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 23 | 14 |
| Frequentemente/Sempre | 22 | 10 |
| Total | 45 | 24 |
| p= 0.567 | | |

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Apêndice J – Associações Estatisticamente significativas das Estratégias de Educação

Tabela 1 - Associações estatisticamente significativas entre a realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas e as estratégias de educação.

| Parâmetros estudados | Realização de formações pós-graduadas na área das condições músculo-esqueléticas | | Testes Estatísticos | | |
|---|--|-----|---------------------|--------------|--------|
| | Sim | Não | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| Explicação acerca da dor e a relação com as alterações radiológicas | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 15 | 19 | 0.041 | 4,197 | -0.247 |
| Frequentemente/sempe | 24 | 11 | | | |
| Total | 39 | 30 | | | |

Tabela 2 - Associações estatisticamente significativas entre o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose e as estratégias de educação.

| Parâmetros estudados | Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose | | Testes Estatísticos | | |
|--|---|----------|---------------------|--------------|--------|
| | ≤ 5 anos | > 5 anos | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| Explicação acerca dos aspetos gerais da condição | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 5 | 9 | 0.031 | 4,666 | -0.260 |
| Frequentemente/sempe | 37 | 18 | | | |
| Total | 42 | 27 | | | |

Tabela 3 - Associações estatisticamente significativas entre a frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado por prescrição médica e as estratégias de educação.

| Parâmetros estudados | Condicionamento do planeamento da intervenção por prescrição médica | | Testes Estatísticos | | |
|---|---|-----|---------------------|--------------|-------|
| | Não | Sim | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| Explicação acerca da origem específica da dor | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 13 | 2 | 0.049 | 3,887 | 0.237 |
| Frequentemente/sempre | 32 | 22 | | | |
| Total | 45 | 24 | | | |
| Explicação acerca da origem da dor baseada em fatores constitucionais | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 18 | 4 | 0.048 | 3,924 | 0.238 |
| Frequentemente/sempre | 27 | 20 | | | |
| Total | 45 | 24 | | | |

Apêndice L – Associações Estatisticamente significativas das Modalidades de Intervenção

Tabela 1 - Associações estatisticamente significativas entre o número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose e as modalidades de intervenção.

| Parâmetros estudados | Número de anos de experiência de prática clínica com utentes com osteoartrose | | Testes Estatísticos | | |
|--------------------------------|---|----------|---------------------|--------------|--------|
| | ≤ 5 anos | > 5 anos | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| Terapia Manual | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 0 | 4 | 0.020 ^a | 6,605 | -0.309 |
| Frequentemente/sempre | 42 | 23 | | | |
| Total | 42 | 27 | | | |
| Outra(s) | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 41 | 22 | 0.031 ^a | 5,391 | 0.280 |
| Frequentemente/sempre | 1 | 5 | | | |
| Total | 42 | 27 | | | |

^a Valor dado pelo teste exato de Fisher

Tabela 2 - Associações estatisticamente significativas entre a frequência com que o planeamento da intervenção é condicionado pela prescrição médica e as modalidades de intervenção.

| Parâmetros estudados | Condicionamento do planeamento da intervenção por prescrição médica | | Testes Estatísticos | | |
|--------------------------------|---|-----------|---------------------|--------------|--------------|
| | Não | Sim | Valor de p | Qui-Quadrado | Phi |
| Eletroterapia | | | | | |
| Nunca/Raramente/Ocasionalmente | 31 | 7 | 0.002 | 9,981 | 0.380 |
| Frequentemente/sempr e | 14 | 17 | | | |
| Total | 45 | 24 | | | |

Anexo 1 – Parecer Final da Comissão Especializada de Ética em Investigação



COMISSÃO ESPECIALIZADA DE ÉTICA EM INVESTIGAÇÃO

Parecer nº19/AMM/2017

SOLICITAÇÃO

Pedido de revisão ética dos estudos “Prática autoreportada da fisioterapia em utentes com dor lombar” e “Prática autoreportada da fisioterapia em utentes com osteoartrose”, ambos enquadrados na Unidade Curricular de Trabalho de Projeto do 2º ano do Curso de Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Condições Músculo-Esqueléticas, lecionado em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com a Nova Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, pelas estudantes Susana Sá e Bruna Santos, respetivamente, sob a orientação do Prof. Eduardo Cruz da ESS/IPS, tendo com objetivos (...) “caracterizar a prática (autoreportada) dos fisioterapeutas em utentes com dor lombar aguda/subaguda e em utentes com osteoartrose em Portugal, no que diz respeito aos parâmetros avaliados, intervenções realizadas e aos outcomes medidos, bem como identificar as barreiras e elementos facilitadores para a implementação de uma prática informada pela evidência”.

DOCUMENTAL

1. Requerimento de parecer dirigido à CEEI
2. Dossier de resubmissão: sinopse do estudo, instrumentos de recolha de dados, Ficha Informativa para Participantes e Formulário de Consentimento Informado.

ANÁLISE E PARECER

O dossier de resubmissão contém os elementos necessários para a sua apreciação e do mesmo consta que foram atendidas as críticas e sugestões produzidas no parecer inicial.

Em concreto, explicita-se que:

- a) os participantes (fisioterapeutas) serão comuns aos dois estudos, desde que acumulem experiência no tratamento de utentes com dor lombar aguda/subaguda e de utentes com osteoartrose;
- b) serão aplicados dois instrumentos de recolha de dados a esses participantes, cada um deles focalizado numa das patologias em causa;
- c) o processo de recrutamento dos participantes envolverá a mediação pessoal e de organizações, de modo a aceder a profissionais potencialmente elegíveis para participar nos estudos;
- d) o tempo necessário para o preenchimento de cada questionário será de 15 minutos, o que dever merecer clarificação, pois não é imediatamente apreensível.

Com exceção do apontado na última alínea e que não deve acarretar a resubmissão de novo pedido de parecer, consideramos terem sido sanadas as insuficiências do pedido inicial e, como tal, produzimos um parecer positivo.

27 novembro 2017

P^{la} CEEI

